

**ASUHAN KEBIDANAN *CONTINUITY OF CARE*
PADA NY E MASA HAMIL SAMPAI DENGAN KB
DI PMB LILIS SULISTYOWATI,SST PONOROGO**

LAPORAN TUGAS AKHIR



OLEH :

ATIKA DIAN AYU NUGRAHARDINI

NIM:17621603

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2020

ASUHAN KEBIDANAN *CONTINUITY OF CARE*
PADA NY. E HAMIL SAMPAI DEGAN NIFAS
DI PMB LILIS SULISTYOWATI, SST PONOROGO

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo



Oleh :

ATIKA DIAN AYU NUGRAHARDINI

NIM : 17621603

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR
TANGGAL.....

Oleh:

Pembimbing I



Fetty Rosvadia Wachdin, S.ST. Keb., MPH
NIDN. 0712069102

Pembimbing II



Ririn Ratnasari, S.ST., M.Kes
NIDN. 0705098502

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

PADA TANGGAL

MENGESAHKAN

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

KETUA : Aida Ratna Wijayanti,S. Keb, Bd, M. Keb :

Anggota I : Inna Sholicha Fitriani,SST.,M,Kes :

Anggota II : Ririn Ratnasari,SST.,M.Kes :

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan



Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.Ns., M.Kes
NIK. 19791215 200302 12

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Atika Dian Ayu Nugrahardini
NIM : 17621603
Institusi : Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir ini berjudul “ **Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* pada Ny.E masa hamil sampai keluarga berencana** ” adalah bukan laporan tugas akhir orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kuipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, kami bersedia mendapatkan sanksi.

Ponorogo, 15 juni 2020

Yang Menyatakan



Atika Dian Ayu N

Mengetahui,

Pembimbing I

Fetty Rosyadia W, SST.Keb., MPH
NIDN. 0712069102

Pembimbing II

Ririn Ratnasari, S.ST., M.Kes
NIDN. 0705098502

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatnya sehingga dapat terselesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Continuity of Care Pada Ny. E Masa Hamil sampai Nifas di PBM Ny. Lilis Sulistyowati, SST ”**, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Dalam hal ini penulis banyak mendapatkan bantuan dari pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih pada :

1. Dr.Happy Susanto, M.A selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Ponorogo yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
2. Sulistyyo Andarmoyo, S. Kep., Ns., M, Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir.
3. Ririn Ratnasari, SST., M, Kes selaku Kepala Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo serta selaku pembimbing II yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir.
4. Fetty Rosyadia Wachdin, S.ST. Keb.,MPH selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir dapat terselesaikan.

5. Bidan Lilis Sulistyowati SST, yang telah memberikan bimbingan dan menyediakan lahan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Bapak, ibu serta semua keluarga atas cinta, dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga proposal Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.
7. Rekan seangkatan dan pihak-pihak yang terkait dan banyak membantu dalam hal ini.

Ponorogo, 15 Juni 2020

Penulis

(Atika Dian Ayu N)



SINOPSIS

Meningkatnya AKI dan AKB setiap tahunnya, maka sangat diperlukan penerapan asuhan kebidanan secara berkesinambungan atau *Continuity of Care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, hingga pemilihan alat kontrasepsi. Namun pada kenyataannya belum semua ibu mendapatkan pelayanan kebidanan secara menyeluruh, berkesinambungan dan berkualitas. Dengan diberikannya asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* diharapkan ibu mampu menjalani kehamilan, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan KB tanpa adanya penyulit ataupun komplikasi. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan ini digunakan jenis penelitian deskriptif dan metode penelitian studi kasus dan didokumentasikan dalam bentuk asuhan kebidanan SOAPIE dan SOAP.

Pemberian asuhan kebidanan pada Ny "E" G₃P₁₀₀₁₁ usia 34 tahun dimulai pada tanggal 9 Maret 2020 sampai dengan 30 Maret 2020. Pada kunjungan pertama didapatkan diagnosis ibu hamil dengan G₃P₁₀₀₁₁ UK 38 minggu. Hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik tidak dijumpai masalah pada ibu. Berdasarkan penilaian dari kartu Skor Poedji Rochjati, ibu dalam kelompok resiko rendah. Selama kehamilan ibu sudah melakukan kunjungan sebanyak 7 kali. Ibu melahirkan pada tanggal 24 Maret 2020 pukul 20.35 WIB dengan usia 40 minggu. Persalinan berlangsung dengan normal, bayi lahir spontan ditolong mahasiswa (atika), menangis kuat, gerak aktif, jenis kelamin laki-laki, langsung dilakukan IMD, berat lahir 3400 gram, panjang badan 49 cm, APGAR skor 7-9, plasenta lahir spontan lengkap, perdarahan normal 20 cc, terdapat robekan jalan lahir di derajat 1, kala III dan IV bejalan normal, bayi mendapatkan salep mata dan vit K setelah lahir, mendapatkan imunisasi Hb 0 sebelum pulang. Masa nifas dilakukan 2 kali kunjungan dengan hasil laktasi, involusi, dan lochea normal. Pada kunjungan hari pertama post partum Ny "E" tidak ada keluhan, pada kunjungan kedua ibu mengatakan bahwa sedikit pusing karena kurangnya istirahat. Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 2 kali, pada kunjungan pertama bayi tidak ada keluhan namun pada kunjungan kedua bayi mengalami icterus fisiologis. kunjungan ketiga tidak dilakukan karena dalam masa pandemik sehingga mengurangi resiko paparan virus pada ibu dan bayi.

Dengan diterapkannya asuhan kebidanan secara berkelanjutan, diharapkan berbagai faktor resiko yang dapat terjadi pada ibu mampu dideteksi sejak dini sehingga penanganan dapat dilakukan dengan cepat dan tepat. Berdasarkan asuhan yang sudah dilakukan berbasis *Continuity of Care* efektif untuk diterapkan dalam praktik kebidanan dan diharapkan mampu membantu dalam menurunkan AKI dan AKB.

DAFTAR ISI

Halaman Judul Luar	i
Halaman sampul dalam	ii
Halaman persetujuan	iii
Halaman pengesahan	iv
Lembar Keaslian	v
Kata pengantar	vi
Sinopsis	viii
Daftar isi	vii
Daftar tabel	xi
Daftar gambar	xii
Daftar lampiran	xiii
Daftar singkatan	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Pembatas Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.4 Ruang Lingkup	6
1.5 Manfaat	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Dasar	10
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan	10
A. Pengertian kehamilan	11
B. Proses kehamilan	11
C. Tanda-tanda kehamilan	14
D. Pertumbuhan dan perkembangan embrio	21
E. Perubahan fisiologis kehamilan	23
F. Perubahan psikologi kehamilan	32
G. Kebutuhan fisiologis kehamilan	34
H. Masalah ibu hamil	43
I. Tanda bahaya masa hamil	45
J. Standar kunjungan antenatal care	48
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan	57
A. Pengertian persalinan	57
B. Perubahan Fisiologis Pada Persalinan	58
C. Sebab mulanya persalinan	60
D. Lima Benang Merah Persalinan	62
E. Proses persalinan	71
F. Faktor yang mempengaruhi persalinan	79
G. Kebutuhan ibu bersalin	81
2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	84
A. Pengertian	84
B. Ciri Bayi Lahir Normal	84
C. Proses Bayi Baru Lahir	88
D. Kebutuhan Dasar Bayi Baru	91

E. Tanda Bayi Baru Lahir dalam keadaan yang bahaya	93
F. Klasifikasi Berat Badan Bayi	94
G. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan diluar uterus	99
H. Pelayanan kesehatan neonatal	104
2.1.4 Konsep Dasar Nifas	107
A. Pengertian	107
B. Periode Masa nifas.....	107
C. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas.....	107
D. Kunjungan Masa Nifas	121
E. Tanda Bahaya Masa Nifas	123
F. Kebutuhan Dasar pada Ibu Nifas	123
G. Komplikasi Masa Nifas	129
2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana	133
A. Pengertian.....	133
B. Tujuan.....	133
D. Syarat Kontrasepsi.....	134
E. Jenis-Jenis Kontrasepsi	135
2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	173
2.2.1 Konsep dasar asuhan pada Kehamilan Trimester III.....	173
2.2.2 Konsep Dasar Asuhan pada Persalinan	229
2.2.3 Konsep Dasar Asuhan pada Nifas	281
2.2.4 Konsep Dasar Asuhan pada Neonatus	310
2.2.5 Konsep Dasar Asuhan pada Akseptor KB	337
BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	
3.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan	352
3.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan	369
3.3 Asuhan Kebidanan pada Nifas	384
3.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus.....	399
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan	412
4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan	415
4.3 Asuhan Kebidanan pada Nifas	417
4.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus.....	420
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	422
5.2 Saran	423
DAFTAR PUSTAKA	425
LAMPIRAN	428

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri	26
Tabel 2.2 Jadwal Imunisasi TT	42
Tabel 2.3 Diagnosa Kala Dan Fase Persalinan	73
Tabel 2.4 Lamanya Persalinan	76
Tabel 2.5 Nilai APGAR	86
Tabel 2.6 TFU Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi	108
Tabel 2.7 Perubahan Uterus Masa Nifas.....	113
Tabel 2.8 Pertambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil.....	125
Tabel 2.9 Contoh Menu Makan Bagi Ibu Hamil.....	183
Tabel 2.10 Penambahan Berat Badan Sesuai dengan Indeks Masa Tubuh ...	189
Tabel 2.11 Perkiraan Usia Kehamilan Dalam Minggu	192
Tabel 2.12 Tafsiran Berat Janin	192
Tabel 2.13 Usia Kehamilan Berdasarkan TFU	193
Tabel 2.14 TFU Berdasarkan Leopold.....	196
Tabel 2.15 Penurunan Kepala Janin.....	200
Tabel 2.16 Involusi Uterus.....	304
Tabel 2.17 Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori Neonatus.....	312
Tabel 2.18 perubahan pola tidur bayi	313
Tabel 2.19 Perbedaan Caput Cuccedaneum Dan Cepalhematoma.....	319
Tabel 2.19 Riwayat obstetric.....	360
Tabel 2.20 pola fungsi kesehatan.....	362



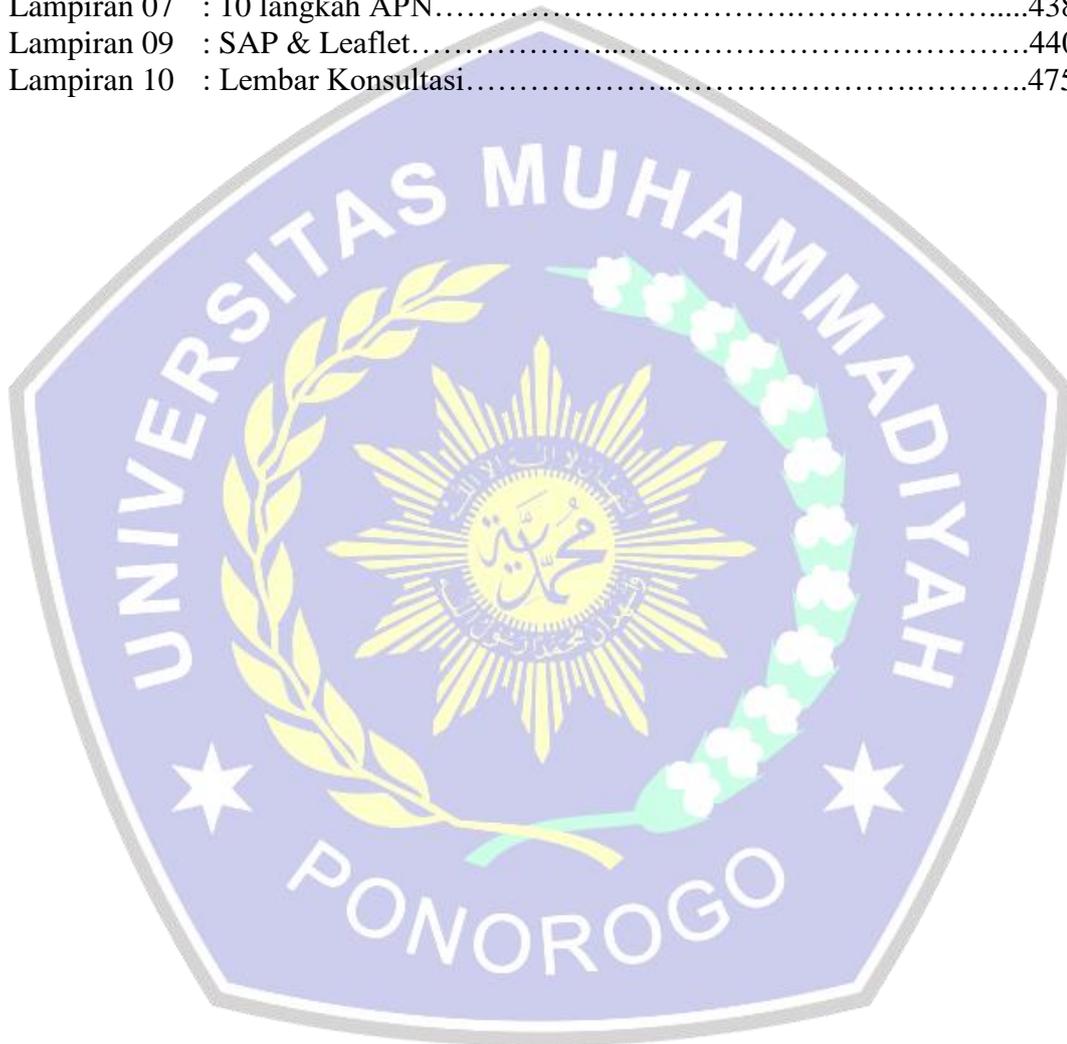
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Jenis-Jenis Kontrasepsi	135
Gambar 1.2 Leopold 1.....	195
Gambar 1.3 Leopold II.....	197
Gambar 1.4 Leopold III.....	198
Gambar 1.5 Leopold IV	200
Gambar 1.6 Letak Punctum Maksimum	203



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 01	: Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	428
Lampiran 02	: Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	429
Lampiran 03	: KIA.....	430
Lampiran 04	: KSPR.....	432
Lampiran 05	: Penapisan Ibu Bersalin.....	433
Lampiran 06	: Lembar Observasi	435
Lampiran 07	: 10 langkah APN.....	438
Lampiran 09	: SAP & Leaflet.....	440
Lampiran 10	: Lembar Konsultasi.....	475



DAFTAR SINGKATAN



AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kelahiran Ibu
AKB	: Angka Kelahiran Bayi
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
COC	: <i>Continuity of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DMPA	: Depo Medroksi Progesteron Asetat
GPAPAH	: Gravida, Para, Aterm, Prematus, Abortus, Hidup
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IUD	: Intrauterin Device
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi, informasi, edukasi
KN	: Kunjungan Neonatus
KF	: Kunjungan Nifas
LILA	: Lingkar Lengan Atas
KIA	: Kartu Ibu Anak
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochyati
MAL	: Metode Alami Laktasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
RR	: Respirasi Rest
RTK	: Rumah Tunggu Lahir
SC	: <i>Secrio Caesare</i>
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TTV	: Tanda-Tanda Vital

TD	: Tekanan Darah
UC	: <i>Uterus Contraction</i>
UK	: Usia Kandungan
USG	: Ultra Sonografi
VT	: Vagina Touche
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WUS	: Wanita Usia Subur



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan maternal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan. Kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, pasca salin (Nifas), neonatus dan juga pada pemakaian alat kontrasepsi yang akan menentukan kualitas generasi yang akan datang (Saifuddin,2013) . Kehamilan dan persalinan merupakan proses yang alamiah atau normal oleh sebab itu dalam melakukan Asuhan tidak diperlukan intervensi kecuali ada indikasi medis (Jannah,2012). Namun dalam prosesnya dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat dan dapat membahayakan nyawa ibu dan bayinya. Komplikasi yang mungkin saja terjadi seperti Pre-eklamsia, eklamsia, anemia, hipertensi (Marmi, 2011). Apabila komplikasi tersebut tidak tertangani dengan baik dapat mempengaruhi Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi menjadi meningkat. Dari Abdullah bin Mas'ud Radhiallahu 'Anhu ia bersabda : “Sesungguhnya salah seorang diantara kalian dipadukan bentuk ciptaanya dalam perut ibunya selama empat puluh hari (dalam bentuk mani) lalu menjadi segumpal darah selama itu pula (selama 40 hari), lalu menjadi segumpal daging selama itu pula, kemudian Allah mengutus malaikat untuk meniupkan ruh pada janin tersebut”

Angka Kematian Ibu atau AKI adalah jumlah kematian selama kehamilan dengan periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan. AKI di

Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab terbesar kematian ibu secara langsung berturut-turut adalah Preeklamsi berat/eklamsi (PEB) sebesar 28,92% atau 153 orang; perdarahan 26,28% atau 139 orang; infeksi 3,59% atau sebanyak 19 orang; dan penyebab lain-lain 29,11% atau 154 orang (Dinkes Jatim, 2018). Sedangkan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Ponorogo sebesar 89 per 100.000 kelahiran hidup penyebab tingginya AKI di Ponorogo karena KTD (Kehamilan Tidak Diinginkan), dan faktor kesehatan misalnya seorang ibu menderita penyakit tertentu dan ketika hamil mempunyai resiko tinggi. Sebagian besar kematian ibu terjadi pada usia reproduktif, atau usia yang lanjut tapi tetap meneruskan kehamilannya. Pada (ibu berusia) remaja atau usia di bawah 25 tahun tidak jadi penyumbang AKI (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2018). Sedangkan pada tahun 2017 AKI di Kabupaten Ponorogo sebesar 63 per 100.000 (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2017) jika dibandingkan AKI dari tahun 2017 sampai dengan 2018 mengalami peningkatan sebesar 26 per 100.000 kelahiran hidup. Kemudian Angka Kematian Bayi atau AKB adalah jumlah kematian bayi dalam 1 tahun pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup (BPS, 2013). Angka Kematian bayi di Provinsi Jawa Timur mencapai 13,4 % per 1.000 kelahiran hidup sedangkan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Ponorogo sebesar 13,25 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian pada bayi yaitu karena Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), gangguan pernafasan pada bayi, asfiksia berat maupun sedang (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2018). Sedangkan pada tahun 2017 Angka Kematian Bayi di Ponorogo sebesar 13,7 per 1000 kelahiran

hidup (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2017). Jika dibandingkan AKB dari tahun 2017 sampai dengan 2018 mengalami peningkatan. Dari data bisa kita tentukan sebagian besar angka kematian ibu dan bayi masih sangat membutuhkan pengawasan antenatal yang memadai, sehingga penyulit dalam kehamilan tidak terlambat untuk diketahui. Apabila asuhan kehamilan tidak dilakukan dengan baik akan menimbulkan dampak dalam persalinan seperti perdarahan yang disebabkan oleh antonia teri, retensio plassenta, inversio uteri, robekan jalan lahir. Sedangkan dampak yang mungkin timbul pada bayinya adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah, kelainan bawaan trauma kelahiran (Manuaba, 2010)

Angka Kematian Bayi maupun Angka Kematian Ibu di Kabupaten Ponorogo bisa dibilang cukup tinggi, upaya yang dilakukan Pemerintah Ponorogo yaitu mendirikan Yayasan Ipas, pendirian yayasan ini diharapkan dapat mendorong warga untuk lebih menyadari berbagai faktor yang menyebabkan kematian ibu akibat melahirkan juga dapat meningkatkan kemampuan teknis tenaga medisnya, untuk itu Yayasan Ipas merangkul Kabupaten Ponorogo untuk menurunkan AKI dan AKB dengan melaksanakan program yang fokus pada penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi, program yang akan dijalankan diantaranya yaitu meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal sesuai dengan standar termasuk antenatal terpadu, kemudian setelah itu mengupayakan untuk peningkatan pemanfaatan buku KIA dan melaksanakan kelas ibu hamil. Sedangkan program yang lainnya untuk mengatur strategi guna menurunkan Angka

Kematian Ibu hamil yaitu dengan mengadakan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), dalam RTK ibu hamil diberikan pendampingan pelayanan kesehatan serta kebutuhan lainnya hingga persalinan, tapi layanan ini khusus untuk ibu hamil yang persalinannya memerlukan pertolongan spesifik (Dinkes Kabupaten Ponorogo,2019). Selain program diatas dapat ditingkatkan dengan melakukan asuhan secara berkelanjutan atau *Continuity of care* yang berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu yang sangat berkaitan satu dengan yang lainnya antara pasien dengan tenaga kesehatan. Asuhan *Continuity of care* yang diberikan mulai dari kehamilan, melahirkan sampai dengan 6 minggu pascasalin serta KB (Pratami,2014).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas, hingga keluarga berencana dengan menggunakan manajemen kebidanan serta melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan dengan metode SOAP.

1.2 Pembatas masalah

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil trimester III (36 minggu), bersalin, nifas, neonatus/bayi baru lahir dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*.

Disini penulis tidak membahas tentang pelaksanaan asuhan kebidanan Keluarga Berencana (KB) karena adanya kendala oleh penyebaran *Virus Desease* 2019 (covid-19) yang kian hari semakin luas.

1.3 Tujuan penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny E sejak masa kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir atau neonatus, serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk laporan tugas akhir.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu hamil trimester III (36) minggu, meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan Asuhan Kebidanan, melakukan Asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian SOAP.
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu bersalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan Asuhan Kebidanan, melakukan Asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian SOAP.
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu nifas, meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan Asuhan Kebidanan, melakukan Asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian SOAP.
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* pada neonatus, meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan,

merencanakan Asuhan Kebidanan, melakukan Asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian SOAP.

- e. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu akseptor KB, meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan Asuhan Kebidanan, melakukan Asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian SOAP.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode Penelitian

a. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu metode kualitatif yang berupa penelitian dengan pendekatan studi kasus untuk mendapatkan data. Kemudian dilanjutkan dengan metode observasional lapangan yaitu terjun langsung ke lapangan.

b. Metode Pengumpulan Data

a) Wawancara

Proses dimana komunikasi antara peneliti dengan responden secara langsung dan mendapatkan data yang asli dari responden sendiri.

b) Observasi

Cara melakukan pengamatan dan pemeriksaan secara keseluruhan kepada ibu hamil, bersalin, nifs, neonatus, dan keluarga berencana.

c) Dokumentasi

Suatu metode penelitian yang mendokumentasikan secara langsung kemudian di dokumentasikan menggunakan metode SOAP.

d) Analisis Data

Dimana penelitian studi kasus yaitu membuat narasi dari hasil observasi penelitian(berupa pengumpulan data yang diperoleh kemudian dianalisis secara kualitatif).

1.4.2 Sasaran

Sasaran dalam asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* kepada ibu mulai dari hamil TM III (36) minggu, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

1.4.3 Tempat

Tempat pelaksanaan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* berada di Praktik Bidan Mandiri (PMB) di wilayah Ponorogo.

1.4.4 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk penyusunan proposal secara *Continuity of Care* dimulai pada tanggal 4 september 2019 – 4 Februari 2020

1.5 Manfaat

Manfaat dari dilakukan asuhan kebidanan *Continuity of Care* sendiri antara lain :

1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat menambah pengetahuan, pengalaman, serta wawasan dari asuhan kebidanan yang diperoleh dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, sampai dengan keluarga berencana, selain itu dapat juga dijadikan sebagai acuan maupun berbandingan untuk penelitian selanjutnya.

1.5.2 Manfaat praktisi

1. Bagi institusi universitas muhammadiyah ponorogo program DIII kebidanan ponorogo.

Sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktik lapangan agar dapat menerapkam secara langsung dan berkesinambungan asuhan kebidanan dari masa kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan dapat mempertahankan pelayanan asuhan kebidanan terhadap pasien mulai dari ibu hamil trimester III, ibu bersalin,

ibu nifas, bayi baru lahir, sampai dengan keluarga berencana secara komprehensif.

3. Bagi klien

Diharapkan pasien dan keluarga mendapatkan pelayanan yang komprehensif dan mengetahui sedikit atau pun banyak tentang pentingnya kesehatan, serta memberikan informasi yang terkait dengan ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana secara *Continuity of Care*.

4. Bagi penulis

Dapat menerapkan ilmu yang diperoleh mulai dari ibu hamil trimester III (usia kehamilan 36-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir (neonatus), serta keluarga berencana secara komprehensif.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan hasil pembuahan sel telur dari perempuan dan sperma dari laki-laki, sel telur akan bias hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang bergerak memungkinkan untuk menembus sel telur (konsepsi), sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari proses selanjutnya akan terjadi nidasi, jika nidasi ini terjadi barulah disebut adanya kehamilan. Pada umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang Rahim dekat pada fundus uteri, semakin hari akan mengalami pertumbuhan, jika kehamilan ini berjalan secara normal semakin besar dan kehamilan akan mencapai aterm (genap bulan) (Sunarti, 2013).

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandung didalam tubuh wanita yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan (Maryunani A, 2010).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7

hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan sendiri dibagi menjadi tiga trimester yaitu Trimester pertama sebelum 14 minggu, Trimester kedua antara 14-28 minggu, trimester ketiga antara 28-36 minggu (Mangkuji,2012).

B. Proses Kehamilan

1. Spermatozoa

Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari. Rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma pada setiap militer air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi (Ummi dkk, 2012).

2. Ovum

Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis. Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa remature. Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (Ummi dkk, 2011). Ovarium berfungsi mengeluarkan sel telur/ovum setiap bulan dan menghasilkan hormon esterogen dan progesteron, ovarium terletak didalam rongga perut (cavitas peritonealis) pada cekungan kecil di dinding posterior ligamen latum/ligament yang melekat pada kedua sisi

uterus, dengan ukuran 3cm x 2cm x 1cm dan beratnya 5-8 gram (Megasari, dkk, 2015).

3. Konsepsi

Konsepsi adalah bertemunya sel telur (Ovum) dengan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama haid terakhir. Usia kehamilan sendiri 38 minggu, karena dihitung mulai tanggal konsepsi (Tanggal bersatunya sel sperma dan sel telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Komariyah, 2014).

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di fornix vagina dan di sekitar porsio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada spermatozoa ditemukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hiluronidase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (Oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona remati (Lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (Suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Sarwono, 2009).

4. Nidasi

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (blastocyst), suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut massa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblasti. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (Implantasi), produksi hormon kehamilan, proteksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dimulai, suatu hormon yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio. Umumnya nidasi terjadi di bagian depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika nidasi ini terjadi, barulah dapat disebut kehamilan. Sehingga nidasi berhasil, selanjutnya hasil konsepsi akan tumbuh dan berkembang di dalam endometrium (Saifuddin, 2009).

5. Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium,

plasentasi dimulai. Pada manusia plasenta berlangsung 12-18 minggu setelah fertilisasi.

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trifoblas invasif telah melakukan penetrasi kedalam pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan interviler dimana villi korialis seolah-olah terapung diantara ruangan tersebut sehingga terbentuklah plasenta.

Tiga minggu pasca fertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan villia korialis. Sirkulasi darah janin ini berakhir di lengkungan kapilar (capillary loops) di dalam villi korialis yang ruang intervalnya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh ateri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Villi korialis ini akan bertumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2009).

C. Tanda-tanda kehamilan

Banyak manifestasi dari adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan yang mudah dikenali dan dapat menjadi petunjuk bagi diagnosis dan evaluasi kemajuan kehamilan. Untuk menegakkan tanda dan gejala yang memberikan bukti adanya kehamilan. Untuk

menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Marjati, 2011).

a) Tanda Dugaan Hamil

1. Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan tetapi amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor emosional seperti ketakutan akan hamil.

2. Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh esterogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual dan muntah yang terjadi terutama di pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

3. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan ngidam, ngidam sering terjadi pada bulan pertama kehamilan dan

akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

(Ummi,dkk.2010).



4. Sinkope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

5. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (Basal Metabolisme Rate / BMR) pada kehamilan yang akan meningkatkan sering pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

6. Payudara Tegang

Esterogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara, bersama senatomamotropin. Hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolustrum.

7. Sering miksi (sering kencing)

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih terasa penuh dan sering miksi (kencing). Frekuensi kencing yang sering terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala mungkin bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

8. Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun), menyebabkan kesulitan untuk BAB.

9. Pigmentasi Kulit

Terjadi akibat hormon kortisol plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu.

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini :

a) Sekitar pipi

Cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dari, hidung, pipi dan leher).

b) Sekitar leher tampak lebih hitam.

a) Dinding perut

Striae livide/gravidae (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), striae nigrae, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea/nigra)

b) Sekitar payudara

Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluh darah menifesa sekitar payudara (Prawiroharjo, 2010).

c) Sekitar pantat dan paha atas

Terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut (Walyana, 2015)

d) Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagian wanita yang mempunyai berat badan. Varises dapat terjadi di sebelah genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara.

Penampakan ini dapat hilang setelah persalinan (Hani dkk, 2010).

10. Tanda kemungkinan (problem sign)

Tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan amniotik dan fisiologis selain dari tanda-tanda persumtif yang dapat deteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Prawirohardjo, 2011)

a) Tanda chadwick

Adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan vulva, vagina dan serviks. (Prawirohardjo,2014).

b) Tanda hegar

Menggambarkan perlunakan ekstrem segmen bawah uterus sampai kedaerah yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa (Reeder, dkk, 2011)

c) Ballotement

Ketukan mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa (Ummi, dkk, 2011)

d) Perubahan serviks

Pada usia sekitar 8 minggu gestasi, serviks mulai melunak dan lubang eksternal serviks memperlihatkan konsistensi atau derajat pelunakan, seperti lobus telinga atau bibir (dikenal dengan istilah tanda Goodell), sebagai perbandingan konsistensi serviks pada wanita

yang tidak hamil terasa sama dengan ujung hidung
(Reeder, dkk, 2011)

e) Kontraksi Braxton Hicks

Apabila uterus di rangsang atau distimulasi dengan
rabaan akan mudah berkontraksi (Sulistyowati,2012).

Peregangan sel otot uterus akibat meningkatnya
aktomiosin di dalam otot uterus (Ummi, dkk, 2011).

11. Tanda pasti Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung
keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh periksa
(Walyani, 2015)

a) Terdengar bunyi denyut jantung janin

Tanda ini baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas 4
bulan/16 minggu. Jika dengan ultrasound atau dopler
bunyi denyut jantung janin akan terdengar
(Sunarti,2013)

b) Melihat rangka janin pada sinar Ro atau menggunakan
ultrasonografi (Sunarti,2013)

c) Gerak janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh
pemeriksa. Gerakan janin dapat terasa pada usia
kehamilan sekitar 20 minggu.

D. Pertumbuhan dan perkembangan embrio

1) Embrio usia 2-4 minggu

a) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan didalamnya.

b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta.

2) Embrio usia 4-6 minggu

a) Sudah terbentuk bakal organ-organ

b) Jantung sudah berdenyut

c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG

d) Panjang embrio 0,64

3) Embrio usia 8 minggu

a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas seperti mulut, mata dan kaki.

b) Pembentukan usus.

c) Jantung mulai memomp darah.

4) Embrio usia 12 minggu

a) Embrio berubah menjadi janin

- b) Usus lengkap
- c) Genetalia dan usus sudah terbentuk
- d) Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, mulut terbuka.

5) Embrio usia 16 minggu

- a) Gerakan fetal pertama kali (quickening)
- b) Sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa
- c) Sistem rematuretal sudah matang
- d) Sistem saraf mulai melaksanakan rematu
- e) Pembuluh darah berkembang cepat
- f) Tangan janin dapat mengenggam
- g) Kaki menendang dengan aktif
- h) Semua organ mulai matang dan tumbuh
- i) Denyut Jantung Janin (DJJ) dapat didengar dengan Doppler
- j) Janin 0,2 kg

6) Janin usia 24 minggu

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- b) Perkembangan pernafasn dimulai
- c) Berat janin 0,7-0,8 kg

7) Janin usia 28 minggu

- a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu

- b) Surfaktan terbentuk didalam paru-paru
 - c) Mata mulai mebuca dan menutup
 - d) Ukuran janin 2/3 saat lahir
- 8) Janin usia 32 minggu
- a) Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persediaan perubahan bayi setelah lahir
 - b) Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor
 - c) Bayi sudah tumbuh 38-39 cm
- 9) Janin usia 36 minggu
- a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak
 - b) Antibodi ibu di transfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri.

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Selama kehamilan ibu mengalami perubahan anatomi fisiologis pada sistem organ tubuhnya. Oleh karena itu, perlu disampaikan pada saat bidan memberikan pendidikan kesehatan sewaktu ibu melakukan kunjungan kehamilan.

Pengenalan perubahan anatomi fisiologis tubuh selama kehamilan dapat mengadaptasikan ibu terhadap perubahan tersebut. Sistem reproduksi ibu salah satu sistem yang memegang peranan penting dalam kehamilan. Perubahan

anatomi dan adaptasi fisiologis sistem reproduksi meliputi perubahan pada :

1) Vagina dan vulva

Hormon esterogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan *tanda Chadwick* . perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan penyambung dan hipertrof otot polos. Akibat peregangan otot polos menyebabkan vagina menjadi lebih lunak. Perubahan yang lain adalah peningkatan sekret vagina dan mukosa vagina metabolisme glikogen. Metabolisme ini terjadi akibat pengaruh hormon esterogen, peningkatan laktobasilus menyebabkan metabolisme meningkat. Hasil Metabolisme (glikogen) menyebabkan pH menjadi lebih asam (5,2-6). Keasaman vagina berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri pathogen (Aprilia, 2010)

2) Serviks

Perubahan serviks merupakan akibat pengaruh hormon esterogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meingkat. Peningkatan vaskularisasi dan edema,

hiperplasi dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan serviks menjadi lunak (*tanda Goodell*) dan serviks berwarna kebiruan (*tanda Chadwick*). Akibat perlunakan isthmus maka terjadi antefleksi uterus berlebih pada 3 bulan pertama kehamilan.

3) Uterus

Pertumbuhan uterus dimulai setelah implantasi dengan proses hiperplasia dan hipertrofi sel. Hal ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen dan progesteron. Penyebab pembesaran uterus menurut Wiknjosastro, 2009 antara lain :

- a. Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah.
- b. Hiperplasia dan hipertrofi.
- c. Perkembangan desidua

Uterus bertambah berat sekitar 70-1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai umur kehamilan anterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4000 cc. Perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain: Bulan pertama Uterus berbentuk seperti alpukat, 4 bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur.

Rahim yang tidak hamil/rahim ormal sebesar telur ayam, pada umur 2 bulan kehamilan sebesar telur bebek dan umur 3 bulan kehamilan sebesar telur angsa. Selama kehamilan dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis. Fundus pada serviks mudah fleksi disebut tanda *Mc Donald*. korpus uteri dan serviks melunak dan membesar pasca umur kehamilan minggu ke-8 yang disebut dengan tanda *Hegar*. sedangkan posisi rahim pada awal kehamilan adalah antefleksi atau retrofleksi, pada umur kehamilan 4 bulan kehamilan rahim berada dalam rongga pelvis dan setelah memasuki rongga perut. Fundus uteri selama kehamilan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jari di atas simpisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
38 minggu	2 jari di bawah prosessus xifoideus

4) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung corpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vilikorealis yang mengeluarkan hormon korionik gnanotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipotesis anterior (Kumalasari,2015)

5) Sistem sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta,uterus yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat-alat lain yang memang berfungsi berlebih dalam kehamilan. Seperti yang sudah dikemukakan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologis dengan adanya pencairan darah yang disebut hidrem. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi kira-kira 30%. Akibat hemodillusi tersebut, yang dimulai pada kehamilan 16 minggu, ibu dengan penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekompensasi kordis (Manuaba,dkk,2010).



6) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu esterogen, progesteron dan somatomamotrofin.

Fungsi hormon mempersiapkan pemberian ASI dijelaskan sebagai berikut :

Esterogen berfungsi :

- a) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara
- b) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak semakin membesar
- c) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit payudara.

Progesteron berfungsi :

- a) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi
- b) Meningkatkan jumlah sel asinus

Sumatomamotrofin berfungsi :

- a) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin.
- b) Penimbunan lemak disekitar alveolus payudara.
- c) Merangsang pengeluaran kolustrum pada kehamilan (Manuaba, dkk, 2010).

7) Dinding perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit, sehingga timbul striae gravidum. Bila terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasis rekti bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya disebut linea nigra. (Manaba, dkk, 2010).

8) Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (Thoracic Breathing). (Manuaba, dkk,2010).



9) Saluran pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, mengeluh mual muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (Emesis Gravidarum) sering terjadi, biasanya di pagi hari, disebut sakit pagi (morning sickness) (Manuaba, dkk,2010).

10) Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar, karena ligamen-ligamen melunak (softening). Juga terjadi sedikit pelebaran pada ruam persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya hygiene yang buruk pada rongga mulut. (Manuaba, dkk. 2010)

11) Kulit

Pada area tertentu terjadi hiperpigmentasi: Mengalami pengumpulan pigmentasi ditiga area yaitu

linea nigra (garis gelap mengikuti *midline* [garis tegak] abdomen), topeng kehamilan (*cloasma*) adalah bintik pigmen kecoklatan yang tampak dikulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi disekeliling puting susu (*aerola*) (Kumalasari, 2015)

12) Metabolisme dalam kehamilan

Pada wanita hamil basal metabolik rate (BMR) meningkat, sistem endokrin juga meningkat, dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (*glandula tiroidea*). BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari (Manuaba, 2010)

13) Sistem endokrin

a. Ovarium dan plasenta

Korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesteron dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormon tersebut. HCG (*Human Choronic Gonadotropin*) adalah hormon utama yang dihasilkan oleh plasenta yang

berperan mencegah ovulasi dan merangsang pembentukan estrogen serta progesteron oleh ovarium untuk mempertahankan kehamilan. Selain itu plasenta juga menghasilkan *Human Placenta Lactogen* (HPL), *Human Chorionic Thyrotropin* (HCT), dan *Melanocyte-stimulating hormone* yang menyebabkan kulit berwarna lebih gelap disaat kehamilan (Kumalasari, 2015)

b. Kelenjar tyroid

Kelenjar tyroid akan menjadi aktif. Kelenjar tyroid mrnyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung akan berdebar-debar, keringat berlebih, dan perubahan pada suasana hati.(Kumalasari, 2015).

F. Perubahan Psikologi Kehamilan

Menurut Yuklandari (2012) perubahan psikologi dapat diidentifikasi sebagai berikut :

a. Trimester pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Penerimaan terhadap kenyataan ini dan artinya semua ini bagi dieinya

merupakan tugas psikologi yang paling penting pada trimester pertama.

b. Trimester kedua

Pada usia kehamilan 16-29 minggu ibu dapat merasakan gerakan bayinya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama. Pada trimester kedua relative lebih bebas dari ketidaknyamanan fisik, ukuran perut belum menjadi suatu masalah, lubrikasi vagina lebih banyak dan hal yang menyebabkan kebingungan sudah surut, dia telah berganti dan mencari perhatian ibunya serta pasangannya, semua factor ini berperan dalam meningkatnya libido dan kepuasan seks.

c. Trimester ketiga

Pada usia kehamilan 39-40 minggu seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya. Rasa tidak nyaman timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh, berantakan, canggung dan jelek sehingga memerlukan perhatian lebih besar dari pasangannya, disamping itu ibu mulai sedih karena akan terpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil, terhadap perasaan mudah terluka (sensitif).



G. Kebutuhan fisiologis kehamilan

Kebutuhan ibu hamil dibagi menjadi 2 bagian yaitu kebutuhan fisik dan psikologis.

1. Kebutuhan Fisik

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme yang diperlukan untuk menambah masa jaringan-jaringan pada payudara, hasil konsepsi, masa uterus dan lainnya. Peningkatan kebutuhan oksigen meningkat 15-20% yang digunakan untuk kebutuhan metabolik ibu dan janin. Pada masa kehamilan pernapasan ibu juga menjadi lebih dalam meski dalam keadaan istirahat, akibatnya volume tidal meningkat dari 7,5 L/menit menjadi 10,5L/menit.

b. Nutrisi

Pemenuhan nutrisi berkaitan dengan pertumbuhan janin dan kesejahteraan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematurus, perdarahan pasca persalinan, dan sepsis puerpuralis. Sedangkan makan berlebihan dapat menyebabkan komplikasi seperti gemuk, janin besar, preeklamsi. Secara umum pada kondisi tidak hamil ibu memerlukan energi sebanyak 2100 Kkal/hari, sedangkan saat hamil ibu memerlukan 2500 Kkal/hari untuk perkembangan

fetus, plasenta, uterus, dan mammae. Bagi ibu menyusui kebutuhan energy menjadi 3000Kkal/hari. Berikut ini adalah beberapa kelompok makanan dan minuman yang disarankan untuk dikonsumsi, beserta dengan manfaatnya:

1. Air

Minum cukup air dapat mencegah bayi lahir prematur, hemoroid, konstipasi, pembengkakan berlebihan, dan infeksi kandung kemih. Selama masa kehamilan, Anda disarankan untuk mengonsumsi kurang lebih 2,5 liter (setara dengan 10 gelas) air dalam sehari. Cairan ini juga bisa didapatkan dari makanan seperti buah dengan kadar air yang tinggi, jus, atau susu. Namun perlu diingat bahwa beberapa minuman seperti minuman ringan dengan kadar gula yang tinggi dapat menyebabkan hipertensi atau kenaikan berat badan.

2. Sayur dan buah

Sayur dan buah adalah komponen utama pola makan sehat bagi ibu yang sedang hamil. Disarankan untuk mengonsumsi setidaknya lima porsi sayur-sayuran dan buah-buahan berbeda tiap hari untuk mendapatkan aneka vitamin, mineral, serta serat. Sayuran hijau seperti bayam dan kale mengandung banyak vitamin A, K, C dan asam folat yang penting untuk kesehatan mata.

3. Daging tanpa lemak, ikan, dan telur

Kelompok makanan ini kaya dengan kandungan protein yang penting untuk pertumbuhan janin, terutama pada trimester kedua dan ketiga dalam kandungan. Telur juga kaya akan kolin yang mendukung perkembangan otak dan tubuh janin, serta membantu mengurangi risiko cacat tabung saraf. Sementara, ikan salmon kaya akan omega 3 yang baik untuk menjaga mood ibu hamil sekaligus perkembangan janin. Meski demikian, untuk menghindari paparan merkuri, disarankan tidak mengonsumsi lebih dari 340 gram salmon dalam sepekan. Selain itu, daging tanpa lemak merupakan sumber protein berkualitas tinggi. Namun hindari daging olahan seperti sosis yang mungkin mengandung bakteri atau parasit.

4. Kacang-kacangan

Kacang-kacangan berperan dalam mencukupi kebutuhan serat ibu hamil, sehingga mencegah konstipasi dan hemoroid (wasir). Selain itu, kelompok makanan ini kaya akan kalsium, folat, zat besi, dan seng.

5. Makanan sumber karbohidrat

Gandum utuh kaya akan nutrisi, serat, vitamin E, dan selenium yang baik untuk perkembangan janin. Bahan ini bisa Anda dapatkan antara lain dalam oatmeal, roti gandum, pasta, ataupun nasi merah.

6. Susu dan produk turunannya

Susu dan produk olahan susu, seperti yogurt, kaya akan kalsium yang membantu pembentukan tulang pada bayi serta menjaga kesehatan tulang ibu.

7. Suplemen

Meski sudah mengonsumsi berbagai jenis makanan, mungkin saja Anda masih melewatkan nutrisi tertentu. Suplemen vitamin barangkali dibutuhkan untuk mencukupinya. Salah satu suplemen yang biasa diberikan ada TTD (Tablet tambah darah) yang memiliki kandungan setara 60 mg besi elementar dan 400 mcg asam folat. Namun, Anda perlu mengkonsultasikannya terlebih dulu kepada dokter.

8. Personal Hygiene

Selama kehamilan PH vagina menjadi asam (6-5) akibatnya mudah terjadi infeksi selain itu stimulus estrogen menyebabkan ibu mengalami keputihan (flour albus). Perubahan lainnya adalah peningkatan vaskularisasi

menyebabkan ibu mudah berkeringat, pembesaran rahim juga menyebabkan ibu sering berkemih. kebersihan diri selama kehamilan sangat penting bagi ibu, sebaiknya ibu mandi dengan air hangat, gosok gigi dan berganti pakaian paling sedikit 2 kali sehari, menjaga kebersihan alat genital dan pakaian dalam, serta menjaga kebersihan payudara untuk persiapan menyusui.

9. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu sebaiknya longgar terutama bagian dada dan perut. Pakaian yang ketat tidak dianjurkan karena dapat mengganggu sirkulasi darah. Selain itu sepatu yang digunakan juga harus nyaman, pas, dan enak digunakan, tidak berhak atau bertumit tinggi/lancip karena bisa mengganggu kestabilan tubuh dan bisa mencederai kaki. Pakaian dalam yang digunakan terutama bra, sebaiknya yang meyangga payudara dan talinya agak besar agar tidak terasa sakit di bahu.

10. Eliminasi

Pada masa kehamilan tonus, motilitas lambung dan motilitas usus mengalami penurunan, reabsorpsi zat makanan menjadi lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Selain itu kandung kemih yang tertekan pembesaran rahim menyebabkan ibu menjadi sering

berkemih, diikuti dengan peningkatan vaskularisasi di periver menyebabkan ibu hamil sering berkeringat.

11. Seksual

Saat rahim ibu akan mengalami vaskularisasi pada vagina yang menyebabkan meningkatnya sensitifitas seksual. Akan tetapi ketakutan akan melukai ibu atau janin dapat menurunkan pola seksualitas. Pada dasarnya ibu hamil tetap dapat melakukan hubungan seksual selama tidak mengganggu kehamilannya. Ada beberapa tips, diantaranya:

- (1) Pilih posisi yang tidak menyebabkan nyeri bagi ibu
- (2) Sebaiknya menggunakan kondom karena prostaglandin yang terdapat pada semen dapat menyebabkan kontraksi
- (3) Melakukan dalam frekuensi yang wajar yaitu 2-3 kali dalam satu minggu

12. Mobilisasi, Body Mekanik

Berubahnya system muskulo skeletal menyebabkan perubahan postur tubuh menjadi lordosis. Mobilisasi dan body mekanik diperlukan untuk mencegah keretakan dan memperlancar sirkulasi darah. ibu dapat melakukan gerakan badan dengan cara duduk, berbaring, berdiri, dan

jalan-jalan pagi. Mobilisasi dan body mekanik. Selain itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- (a) Melakukan senam hamil agar otot tidak kaku
- (b) Tidak dianjurkan melakukan gerakan tiba-tiba/spontan
- (c) Tidak dianjurkan mengangkat beban berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat beban atau benda
- (d) Apabila bangun tidur, miring terlebih dahulu kemudian bangkit dari tempat tidur.

13. Exercise/ senam hamil

Saat hamil terjadi peregangan otot-otot, perlunakan ligament-ligamen, dan pelonggaran persendian, sehingga diperlukan senam hamil yang bertujuan untuk meyangga dan menyesuaikan tubuh agar lebih baik menyangga beban kehamilan, memperkuat otot untuk menopang tekanan tambahan, memperbaiki sirkulasi dan respirasi, meredakan ketegangan dan membangun relaksasi.

Sedangkan senam hamil merupakan terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik, mental, pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Adapun waktu yang tepat melakukan senam hamil yaitu:

- (a) Umur kehamilan mencapai 6 bulan keatas, kecuali ada kelainan tertentu pada kehamilan. Sebelum melakukan senam hamil ibu dianjurkan berkonsultasi dengan bidan atau dokter mengenai kondisi kehamilannya.
- (b) Ibu hamil yang mengikuti senam hamil diharapkan dapat menjalani persalinan dengan lancar dan relative cepat tanpa terjadi komplikasi apapun.
- (c) Sebelum melakukan senam hamil ibu diharapkan melakukan gerakan pemanasan sehingga peredaran dalam tubuh meningkat dan oksigen yang diangkut ke otot-otot dan jaringan tubuh bertambah banyak. Hal ini dapat mengurangi kejang atau terluka karena sudah dipersiapkan sebelum melakukan gerakan yang lebih aktif.

14. Istirahat/Tidur

Ibu hamil perlu banyak istirahat minimal 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, apabila ibu tidak bisa tidur siang ibu dapat tiduran atau berbaring untuk memperbaiki sirkulasi darah. Selain itu ibu dapat mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring kiri dan letakkan beberapa bantal untuk menyangga agar ibu bisa rileks/santai.

15. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu, maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Sulistyawati, 2012).

Tabel 2.2
Jadwal pemberian tetanus toksoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I	Kunjungan awal	-
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	>25 tahun

Sumber: Sunarsih, 2011

16. Eliminasi BAK/BAB

Buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini

menyebabkan jamur (*Trikomonas*) tubuh. Untuk mengatasi hal tersebut perlu hygiene diri seperti cebok dari depan ke belakang setiap kali berkemih atau buang air besar. Membersihkan dari belakang ke depan dapat menyebabkan resiko infeksi pada genetalia. Sebaiknya gunakan tisu atau handuk yang bersih dan menyerap air. Selain itu apabila setelah BAK atau BAK terasa lembab sebaiknya ganti celana dalam. (Kusmiyati dkk.2013).

H. Masalah pada Ibu Hamil TM III

Masalah yang mungkin saja terjadi pada Ibu Hamil khususnya pada TM III antara lain :

1. Nyeri punggung

Nyeri punggung yang dialami oleh Ibu Hamil pada TM III ini disebabkan oleh Progesteron dan Relaktin (yang melunak jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya berat yang dibawa Rahim. Berikan asuhan pada ibu agar tidak terlalu membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung yang tegak, menggunakan sepatu yang hagnya terlalu tinggi, serta hindari mengangkat beban yang berat (Hutari, 2012).

2. Sesak nafas

Sesak nafas ini disebabkan oleh bagian perut yang mendesak bagian dada hal tersebut dapat diatasi dengan cara senam hamil. (Hutari,2012). Meningkatnya progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta

kadar O₂, meningkatnya aktifitas metabolic tubuh. Cara mengatasi untuk masalah sesak nafas yaitu tidur dengan posisi setengah duduk, makan tidak terlalu banyak, hindari merokok (Indrayani, 2011).

3. Konstipasi

Disebabkan oleh kadar progesteron dan usus yang terdesak oleh pembesaran Rahim atau bias juga disebabkan oleh terapi zat besi. Cara mengatasi hal tersebut yaitu dengan mengomsumsi makanan yang tinggi akan serat, buah dan sayuran, ekstra dalam pemenuhan cairan, hidari makanan yang berminyak serta perbanyak olahraga (Hutari, 2012). Konstipasi ini juga dapat disebabkan oleh penurunan mobilitas akibat dari realaksi otot-otot halus, peningkatan kadar progesterone yang menyebabkan gerakan peristaltic pada usus akan lambat, peningkatan penyerapan air di kolon, kurangnya olahraga, diet yang salah. Hal tersebut dapat diatasi dengan minum cairan panas/dingin saat perut kosong, serta segera BAB apabila merasa adadorongan (Indrayani, 2011).

4. Odema pada kaki

Odema pada kaki disebabkan oleh adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Kurangnya asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan bersilang (Hutari, 2011).

5. BAK yang meningkat

Hal itu terjadi karena adanya tekanan uterus pada kandung kemih akibat turunya janin ke dasar panggul yang akan menekan uterus, cara

mengatasinya yaitu dengan mengurangi minum air setelah makan atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minuman yang mengandung kafein, perbanyak minum air pada saat siang hari (Hutari, 2012).

6. Insomnia

Hal tersebut terjadi karena adanya tekanan pada kandung kemih, kekhawatiran gerakan janin yang sering, kram. Yang dilakukan adalah minum susu sebelum tidur, tidur miring kiri atau ke kanan, dan berikan ganjalan pada kaki, serta mandi menggunakan air hangat yang akan menjadikan ibu lebih rileks (Hutari, 2012).

7. Kram otot pada bagian betis

Hal ini bisa terjadi karena kurangnya asupan kalsium yang dikonsumsi oleh ibu atau perubahan sirkulasi darah, tekanan saraf pada kaki. Hal tersebut bias dicegah dengan memperbanyak mengonsumsi kalsium, menaikkan kaki ke atas saat tidur, kompres hangat dan jangan sembarangan mengonsumsi obat tanpa ada izin dari dokter (Hutari, 2012).

I. Tanda Bahaya Masa Hamil

a) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester 1 dalam kehamilan sampai bayi lahir (Pantiawati,2010). Pada usia lanjut perdarahan yang tidak

normal adalah merah, banyak tetapi tidak disertai dengan rasa nyeri (Asrinah,2010).

b) Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6 beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan terasa jika ibui dalam posisi berbaring atau istirahat. (Rukiah dkk, 2009).

c) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir semua ibu mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari kemudian akan hilang pada saat istirahat malam hari. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan lengan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan gfisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsia (Sulistyawati,2009).

d) Penglihatan kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Masalah visual yang mengidikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang,. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepalayang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsia (Pantikawati, 2010).

e) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali menjadi salah satu ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius merupakan sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Sakit kepala yang hebat merupakan salah satu gejala pre-eklamsis (Sulistyawati, 2009).

f) Nyeri perut yang hebat

Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah istirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadi solusio plasenta (Sulistyawati, 2009).

g) Keluar cairan per-vaginam

Keluarnya cairan berupa air dari vagina pada trimester III. Ibu harus bisa membedakan antara air ketuban dengan urine. Jika keluaranya berupa air berwarna putih keruh dan baunya amis, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm (<37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum. (Sulistyawati, 2009).

J. Standar Kunjungan Antenatal Care

Kebijakan pemerintah saat ini untuk kunjungan antenatal care yaitu minimal 4 kali selama kehamilannya. Satu kali pada trimester 1, satu kali pada trimester 2 kemudian dua kali dalam trimester 3.

Dalam memberikan pelayanan antenatal care bidan harus memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku antara lain :

a. Timbang berat badan

Dilakukannya penimbangan berat badan pada setiap kunjungan digunakan untuk mendeteksi tumbuh kembang janin. Penimbangan berat ibu sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin karena apa yang dikonsumsi ibu merupakan peranan penting dalam tumbuh kembang janin. Standar dari penambahan berat badan ibu perbulannya 1 kg, jika selama kehamilan 9 bulan tersebut ibu tidak memiliki kenaikan 9kg berarti hal tersebut dapat menunjukkan gangguan pada pertumbuhan janinnya.

2. Mengukur LILA (ukur lingkaran lengan atas)

Pengukuran ini dilakukan pada saat kunjungan pertama kali atau K1 hal ini bertujuan untuk skrining awal apakah ibu tersebut berisiko KEK(kurang energi kronis) atau tidak. Yang dimaksudkan dengan kekurangan energi kronik atau biasa disebut KEK yaitu ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi. Dikatakan KEK apabila

ukuran lingkaran lengan ibu hamil kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK dapat berisiko Bayi lahir Rendah (BBLR).

3. Ukur tekanan darah

Dilakukannya pemeriksaan tekanan darah yaitu untuk mendeteksi apabila adanya Hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg), apabila ditemukan hipertensi diwaspadani komplikasi berupa pre-eklamsia ataupun eklamsia yang disertai dengan odem di kaki, tangan, ataupun diseluruh tubuh.

4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri ini untuk mendeteksi tumbuh kembang janin, apakah normal sesuai dengan usia kandungannya atau tidak. Apabila ditemukan ketidakseimbangan antara tinggi fundus dengan usia kandungannya kemungkinan bayi mengalami kelainan. Standar dilakukannya pengukuran tinggi fundus uteri ini sekitar usia 24 minggu atau 6 bulan.

5. DJJ (Denyut Jantung Janin)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester 1. Normalnya hitungan denyut jantung janin lambat yaitu 120/menit dan yang denyut jantung janin cepat yaitu 160x/menit. Penilaian DJJ sendiri dapat dilakukan setiap kunjungan ibu hamil.

6. Menentukan presentasi janin

Penilaian ini dilakukan untuk menentukan bagian teratas dan terbawah janin, kemudian juga untuk mendeteksi apakah bayi dalam keadaan letak lintang atau normal pada umumnya. Biasanya dapat teraba apabila sudah memasuki akhir pada trimester II, setelah itu dapat dilakukan setiap kunjungan ibu hamil. Pada trimester III dapat ditentukan bagian terbawah kepala atau bukan, sudah masuk PAP (Pintu Atas Panggul) atau belum, sempit atau ada kendala lainnya.

7. Imunisasi Tetanus Toksoid

Dilakukan agar ibu hamil terhindar dari virus tetanus toksoid. Ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kunjungan pertama ibu dilakukan skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian Imunisasi TT pada ibu hamil dilakukan sesuai dengan status imunisasi ibu hamil.

8. Beri tablet FE (Penambah Darah)

Pada ibu hamil pemberian tablet FE sendiri kurang lebih 90 tablet selama hamil. Hal ini bertujuan agar ibu hamil tidak mengalami anemia (kekurangan sel darah merah)

9. Periksa laboratorium khusus dan rutin

Pada saat pemeriksaan laboratorium meliputi:

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah tidak hanya dilakukan untuk mengetahui apa golongan darah ibu hamil, melainkan untuk mempersiapkan calon pendonor darah apabila suatu saat persalinan mengalami perdarahan ataupun pada saat adanya kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar Hb (Henoglobin)

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil ini dilakukan pada saat satu kali pada trimester pertama kemudian satu kali pada trimester ketiga. Pemeriksaan Hb ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atau tidak selama hamil.

c. Pemeriksaan protein urin

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria ini salah satu indikator terjadinya pre-eklamsia ataupun eklamsia. Pemeriksaan protein urin ini dilakukan pada trimester kedua dan trimester ketiga atau apabila ada indikasi.

d. Pemeriksaan kadar gula

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ibu menderita diabetes melitus atau tidak. Pemeriksaan ini bisa dilakukan minimal sekali pada trimester satu, sekali pada trimester kedua, satu kali pada trimester ketiga (yang paling utama yaitu pada trimester ketiga).

e. Pemeriksaan darah malaria

Apabila ibu hamil tinggal di edemis malaria maka perlu dilakukan pemeriksaan darah malaria, dan apabila ibu tinggal di daerah non edemis malaria dan dicurigai adanya indikasi juga perlu dilakukan pemeriksaan. Pemeriksaan ini dilakukan bisa saat skring pertama kali kunjungan ibu hamil.

f. Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan ini dilakukan apabila ibu dicurigai menderita penyakit HIV. Karena apabila menderita penyakit tersebut sangat membahayakan pada janinnya, bisa juga janin akan tertular.

g. Tatalaksanaan dan temu wicara

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas apabila ditemukan kelainan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus yang tidak dapat ditanganu dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. KIE

KIE ini dilakukan setiap ibu hamil melakukan kunjungan ibu hamil meliputi seperti KIE nutrisi, kesehatan ibu dan janin, personal hygiene, asupan gizi seimbang, tanda bahaya kehamilan (Kemenkes RI, 2010).

11. Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari. Karena hal ini tidak terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan sebagai berikut:

- a. Biaya dan penentuan tempat serta penolong persalinan.
- b. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan tindakan.
- c. Baju ibu dan perlengkapan bayi.
- d. Surat fasilitas kesehatan
- e. Pembagian peran jika ibu di RS

12. Memantau kesejahteraan janin

Salah satu indikator kesejahteraan janin yang dapat dipantau sendiri oleh ibu adalah gerakan dalam 24 jam. Gerakan janin dalam waktu 24 jam minimal 10 kali, gerakan ini dirasakan dan dihitung oleh ibu sendiri dan yang sering dikenal dengan istilah “gerakan sepuluh”.

(Kuswati,2014).

13. Kehamilan Post Date

a. Pengertian

Kehamilan lewat waktu atau post date adalah kehamilan yang berlangsung sampai 40 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertamahaid terakhir menurut Neagle dengan siklus rata-rata 28 hari (Sarwono,2009).

b. Penyebab/Etiologi

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum diketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi. Ada beberapa teori dari Masjoer (2010), yang dianjurkan sebagai penyebab kehamilan post date, antara lain sebagai berikut :

a) Pengaruh posterogen

Pengaruh hormon posterogen dalam kehamilan dipercaya merupakan perubahan endokrin yang penting dalam memicu proses biomokuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga menduga bahwa terjadinya kehamilan karena berlangsungnya pengaruh posterogen.

b) Teori oksitosin

Pemakaian untuk induksi persalinan pada kehamilan post term memberi kesan bahwa oksitosin secara testiologi

memegang peran penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut.

c) Teori kortisol

Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan membesar sekresi estrogen selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin. Kadar kortisol rendah merupakan tidak timbulnya HIS.

d) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari fleksus frankenhauser akan mengakibatkan kontraksi uterus dalam keadaan dimana tidak terjadi tekanan pada fleksus ini seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi diduga sebagai penyebab kehamilan post date.

c. Patofisiologis

Fungsi plasenta mencapai puncaknya adalah kehamilan 38 minggu dan kemungkinan mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko 3 kali. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberi nutrisi dan pertukaran O_2/CO_2 . Akibat tidak timbul HIS

shingga pemasok nutrisi dan O₂ menurun menuju janin disamping spasme arteri spiralis menyebabkan janin resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurun sirkulasi darag menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin mmakin lambat dan penurunan berat disebut dismatur, sebagai janin bertama besar sehingga memerlukan tindakan oprasi persalinan. Terjadi perubahan metabolismen janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin. (Sarwono 2008).

14. Manifestasi klinis

- a. Keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali per 30 menit.
- b. Pada bayi akan ditemukan tanda lewat waktu yang terbagi menjadi :
 - 1) Stadium I : Kulit kehilangan verinik kaseosa dan terjadi maserasi hingga kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.
 - 2) Stadium II : seperti stadium I disertaipewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.
 - 3) Stadium III : seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat. (Mansjoer,2010).



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain) (Mochtar,2011). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyowati dkk, 2010)

Kelahiran merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang pasien dan keluarganya. Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang dan merupakan kejadian yang sehat. Namun demikian, potensi terjadinya komplikasi yang mengancam nyawa selalu ada sehingga bidan harus mengamati dengan ketat pasien dan bayi sepanjang proses melahirkan. Dukungan yang terus menerus dan penatalaksanaan yang terampil dari bidan dapat menyumbangkan suatu pengalaman melahirkan menyenangkan dengan hasil persalinan yang sehat dan memuaskan (Sari dkk,2014).

B. Perubahan Fisiologi Pada Persalinan

1. Metabolisme

Selama proses persalinana, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob, meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini disebabkan oleh ansietas dan aktifitas otot rangka peningkatan aktifitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang (Varney *et al*, 2008)

2. Tekanan darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ketingat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. (Varney *et al*, 2008)

3. Suhu

Selama persalinan suhu tubuh meningkat, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C, mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinana (Varney *et al*, 2008).

4. Denyut nadi (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diatan kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama punck kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinana. Hal ini mencerminkan penigkatan metabolisme yang terjadi selama persalinana.(Varney, 2008)

5. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinana dan mencerminkan peningkatan metabolismen yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal yang dapat menyebabkan alkalosis (Varney *et al*, 2008)

6. Perubahan pada saluran cerna

Motilitas dan absorbs lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini doiperburuk olrh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinana, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa.

Makanan yang di ongesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinana cenderung akan tetap berada di lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

7. Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg per 100 MI selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika ada yang kehilangan darah yang abnormal

8. Perubahan pada ginjal

Selama persalinan sering terjadi poliuria. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan yang lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan .

C. Sebab Mulanya Persalinan

Sebab mulanya persalinan belum diketahui dengan jelas, namun banyak faktor yang memegang peranan penting sehingga menyebabkan persalinan. Beberapa teori yang mengemukakan (Dwi Cristine, 2012) adalah :

a) Penurunan kadar Esterogen dan Progesteron

Hormon progesteron menimbulkan relaksasi otot rahim, sebaliknya hormon esterogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan esterogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b) Teori plsentia menjadi tua

Menurut teori ini, plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunya kadar esterogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluhdarah, hal ini akan menimbulkan ontraksi rahim.

c) Teori Distansia Rahim

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila kontraksi dindingnya teregang karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeuarkan isinya. Demikian dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot rahim akan rentan

d) Pengaruh janin

Hipofyse dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

e) Teori oksitosin

Hormon oksitosin mempengaruhi kontraksi otot rahim,. Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering berkontraksi.

f) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan.

D. Lima Benang Merah Persalinan

Terdapat lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman.

Berbagi aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah :

a) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang dibutuhkan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, aman dan komprehensif baik untuk pasien maupun keluarganya dan petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan :

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c. Membuat diagnosa atau menentukan masalah yang terjadi.

- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
- f. Melakukan asuhan atau intervensi yang dipilih.
- g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan dan intervensi (Wiknjosastro, 2008).

b) Asuhan sayang ibu dan anak

Asuhan sayang ibu dan anak adalah menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menyatakan pada diri kita sendiri “seperti inilah asuhan yang ingin saya dapatkan?” atau “Apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil?”. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

a. Asuhan sayang ibu dalam persalinan :

- 1) Panggil ibu sesuai namanya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawat pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.

- 5) Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lainnya selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 8) Secara konsisten lakukan praktik pencegahan infeksi yang baik.
- 9) Hargai privasi ibu
- 10) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan sampai kelahiran bayi.
- 11) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 12) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- 13) Hindarkan tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- 14) Anjurkan ibu untuk memeluk sesegera mungkin.
- 15) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama.
- 16) Siapkan rencana rujukan (bila perlu).
- 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang

diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir setiap kelahiran bayi.

b. Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan

- 1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayi (rawat gabung).
- 2) Bantu ibu untuk memulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan.
- 3) Anjurkan ibu dan keluarga tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- 4) Anjurkan suami dan keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
- 5) Anjurkan ibu dan keluarga tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir (Wiknjastro, 2008)

c. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayo. Yang diperhatikan dalam pencegahan infeksi :

- 1) Kewaspadaan standar
- 2) Mencegah terjadinya pencegahan infeksi
- 3) Barrier protektif
- 4) Budaya bersih dan lingkungan yang sama.

d. Pencatatan

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya.

Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah :

- 1) Kelengkapan status pasien
- 2) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya
- 3) Partograf sebagai instrumen embuta keputusan dan dokumen pasien
- 4) Kesesuaian kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- 5) Upaya tata laksana rujukan yang diperlukan.

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas yang memiliki sarana lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Yang perlu diperhatikan dalam rujukan adalah :

- 1) Alasan keputusan rujukan
- 2) Jenis rujukan (optimal atau optimal)
- 3) Tatalaksanaan rujukan
- 4) Upaya yang harus dilakukan selama rujukan (JNKP-KR2008).

f. Partograf

Partograf merupakan suatu alata yang dipaki untuk memantau kemajuan persalinan dan dapat dijadikan untuk membantu penolong kesehatan dalam penentuan keputusan dan penatalaksanaan (Saifudin,2009). Penerapan partograf ini ditujukan pada kehamilan normal yang rencananya untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis tindakan sebagai tolak titi evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba,2010)

- a) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit sekali
- b) Air ketuban dicatat dengan melakukan pemeriksaan vagina :
 - U : Selaput Utuh
 - J : Selaput pecah, air Ketuban jernih
 - M : air ketuban bercampur mekonium
 - D : air ketuban bernoda darah (Saifudin, 2009)
 - K: Tidak ada cairan ketuban/kering
- c) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :
 - 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
 - 1 : tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
 - 2 : tulang kepala janin saling bertumpah tindih, tetapi masih dapat dipisahkan
 - 3 : tulang kepala jani saling bertumpah tindih, tidak dapat dipisahkan

- d) Pembukaan mulut rahim (serviks) dinilai setiap 4 jam sekali dan diberi tanda silang (X) (Saifudin, 2009).
- e) Penurunan, mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (Pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
- f) Waktu dan jam, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- g) Kontraksi uterus. Dicatat setiap setengah jam, silakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dihitung detik.
Nyatakan lamanya kontraksi dengan :
- 1) Berikan titi-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - 2) Beri garis-garis di kotak yang sesuai dengan menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (saifudin, 2010)
- h) Oksitosin. Bila memakai obat oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifudin,2009)
- g. Obat lainnya dan cairan IV. Catat semua pemberian obat tambahan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifudin,2010)

h. Nadi, tekanan darah, temperatur suhu ibu. Angka sebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

1. Catat nadi ibu setiap 30 menit sekali selama fase aktif persalina. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.

2. Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.

3. Catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai

i. Protein, aseton, dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifudin,2009).

j. Tanda-tanda persalinan

a) Pembukaan mulut rahim

Adaya pembukaan pada mulut rahim yang biasanya disertai dengan keluarnya lendir (mucus) berwarna kemerahan ataupun kecoklatan. Teksturnya yang kental seperti ingus bercampur dengan darah hal ini terjadi karena pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim.

b) Rahim membuka

Persalinan ditantai dengan pembukaan 1-10. Fase ini dinyatakan dalam bentuk cm. Artinya bukaan mulut rahim ke-1 berarti pembukaan 1cm, sedangkan pembukaan sempurna apabila sudah 10cm, sehingga dapat dilewati oleh bayi.

c) Terasa nyeri diselangkangan

Wanita yang hamil akan merasakan nyeri di selangkangan karena adanya tekanan akibat dari posisi kepala janin yang sudah turun kebawah yaitu pada daerah rangka tulang pelvis.

d) Ketuban pecah

Karena kontraksi yang timbul maka ketuban akan pecah dengan ditandai adanya cairan jernih dan berwarna putih kekuningan dalam jumlah yang banyak keluar lewat vagina. Hal ini karena adanya tekanan dari dalam sehingga serviks sudah terbuka dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

e) Tekanan pada panggul dan rektum

Wanita hamil pada umumnya akan merasakan rasa nyeri bahkan sakit pada daerah panggul dan bagian tulang belakang. Rasa sakit itu disebabkan oleh adanya pergeseran atau pergerakan janin yang mulai menekan tulang belakang.

f) Kontraksi rahim yang konsisten

Kontraksi merupakan salah satu tanda proses persalinan akan dimulai. Kontraksi ini disertai rasa yang mulas serta rasa sakit di pinggang dan paha. Kontraksi ini akan muncul dan hilang secara teratur dengan frekuensi semakin lama semakin meningkat. Kontraksi rahim ini berlangsung sampai bayi lahir yang disertai dengan kejang, rasa sakit, dan

nyeri. Jika kontraksi berlangsung 5 menit sekali maka itu merupakan tanda bahwa bayi akan lahir. Untuk membedakan antara kontraksi palsu dengan kontraksi asli ialah kontraksi asli biasanya terjadi secara berurutan yaitu 5 menit sekali dan tidak akan hilang dalam 1 jam, sedangkan kontraksi palsu (Braxton Hicks contraction) biasanya datang secara tiba-tiba dan langsung hilang.

g) Perubahan keluaran vagina

Pada bagian vagina akan keluar lendir yang disertai darah karena adanya dorongan kontraksi yang membuka mulut rahim. Lendir yang bercampur darah ini merupakan tanda pembukaan serviks (leher rahim) (Trisya, 2013).

E. Proses Persalinan

1. Tahapan persalinan

a) Kala 1

Disebut juga dengan kala pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak terlalu kuat sehingga ibu bisa berjalan-jala. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi dua yaitu :

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.



b. Fase aktif

Pembukaan serviks 4-10cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 sub fase.

- a) Fase aselerasi dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primigravida kala berlangsung sekitar 12 jam, sedangkan pada multigravida berlangsung sekitar 7 jam (Rohana dkk, 2011).



Tabel 2.3
Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan pe,bukaan 1 cm atau lebih perjam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10cm) a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber : Abdul bari, 2010

k. Perubahan kala I

a) Tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik) 10-20 mmHg, diastole naik 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, cemas juga menjadi salah satu faktor meningkatnya tekanan darah.

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan nonaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu, denyut nadi, curah jantung, pernafasan dan kehilangan cairan tubuh.

c) Suhu tubuh

Adanya peningkatan metabolisme dalam tubuh, maka suhu tubuh akan sedikit meningkat selama dan setelah persalinan, peningkatan suhu tidak perlu diwaspadai apabila peningkatan berkisar $0,5-1^{\circ}\text{C}$.

d) Detak jantung

Berhubungan dengan metabolisme makan detak jantung akan meningkat drastis selama adanya kontraksi.

e) Pernapasan

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme maka terjadi sedikit peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal bisa menyebabkan alkalosis.

f) Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan berlangsung, mungkin dikarenakan peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal, proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

g) Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan, selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktivitas pencegahan hampir berhenti dan pengosongan lambung akan menjadi sangat lambat. Mual muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai kala I.

h) Hematologi

Hematologi akan meningkat sampai 1,2 gr/100ml selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan sehari pasca persalinan, kecuali terdapat perdarahan postpartum. (Rohani, dkk.2011)

2. Kala II

Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Kepala janin biasanya pada tahap ini sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada HIS dirasakan adanya tekanan pada otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa ingin meneran (Sulistiyawati, 2010)

Pada umumnya, kala dua yang lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap normal. Namun, telah ada pernyataan bahwa batas 2 jam tidak mengindikasikan perlunya kelahiran bayi dengan forcep atau vakum ekstraktor sepanjang terhadap penurunan dan tidak ada gawat janin (Varney et al, 2008:751)

Persalinana kala II dimulai sejak serviks telah legkap yakni 10 cm. Tanda dan gejala persalinan kala (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, 2015).

Tanda gejala kala II :

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.

Ibu merasa ingin meran dan ada dorongan secara bersamaan dengan kontraksi.

- b. Ibu merasa makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina.
- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- e. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Tabel 2.4
Lamanya persalian

Lama Persalinan		
	Primipara	Multipara
Kala I	13 Jam	7 Jam
Kala II	1 Jam	½ Jam
Kala III	½ Jam	¼ Jam
Total	14 ½ Jam	7 ¾ Jam

3. Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

- a) Tanda-tanda pelepasan plasenta antara lain :
 - a. Semburan darah yang tiba-tiba.
 - b. Tali pusat yang memanjang.

c. Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menepati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

b) Cara Pelepasan Plasenta

a. Metode Ekspulsi Schultze

pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina. Jika tanpa adanya perdarahan pervaginam lebih besar kemungkinannya adalah terjadi piasa plasenta yang melekat fundus.

b. Metode ekspulsi Matthew-Ducan

Ditandai dengan adanya perdarahan pervaginam apabila plasenta mulai terlepas. Biasanya perdarahan tidak melebihi 400 ml, jika lebih hal ini termasuk patologi. Lebih besar emungkinan terjadi implantasi lateral. Apabila plasenta lahir maka otot-otot uterus akan segera berkontraksi, pembuluh darah terjepit dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal plasenta akan lahir dalam waktu kurang lebih 6 menit setelah bayi lahir (Sari, dkk, 2015)

c) Fase pengeluaran plasenta

Pengeluaran plasenta menurut Rohani,2011 :

a. Kuster : dengan cara meletakkan tangan disertai penekanan ppada/di atas simpisis, tali pusat diregangkan, apabila tali pusat

masih masuk berarti plasenta belum terlepas dan sebaliknya apabila diam atau aju maka plasenta sudah terlepas.

b. Klien : sewaktu ada his atau kontraksi, rahim didorong sedikit bila tali pusat kembali berarti plasenta belum terlepas, tetapi bila diam atau tidak kembali berarti tali pusat sudah terlepas.

c. Strassman : tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum terlepas, tetapi bila tidak bergetar berarti tali plasenta sudah terlepas.

d) Perubahan Fisiologis Kala III

Pada kala III persalinana, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah bayi lahir. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menenbal, kemuadia terlepas dari dinding uterus. Setelah terlepas, plasenta akan turun kebagian bawah uteryus atau bagian bawah vagina (Sodakh,2013)

e) Perubahan psikologi kala III

1. Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya.
2. Merasa senang, gembira, lega, dan bahagia akan dirinya, juga akan merasa lelah.
3. Memusatkan diri kan akan sering bertanya apakah vagina akan dijahit dll.
4. Menaruh perhatian terhadap plasenta.

4. Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV ini dimulai setelah plasentanya lahir dan berakhir setelah 2 jam proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan yaitu :

- a. Tingkat kesadaran pada ibu.
- b. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus apakah keras.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan ini dianggap normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Rohani,dkk.2010).

F. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Walyani (2014) antara lain :

- a. Power
Tenaga meliputi kekuatan saat meneneran
- b. Pasage
Dalam menentukan proses persalinan yang paling penting ialah pelvis
- c. Pasanger
Merupakan janin dan plasenta, terdiri dengan janin dengan ukuran dan moulage, sikap fetus, letak janin , presentasi fetus dan posisi fetus. Bidang panggul adalah bidang janin imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. Bidang Hodge :
 - a) Hodge I : Dibentuk pada linglapara PAP dengan bagian atas simfisis dan promotorium..

- b) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis;
- c) Hodge III : sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
- d) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi os coccygus.

d. Posisi

Untuk mempercepat persalinan perlu ganti posisi secara teratur. Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.

e. Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan dapat dilakukan antara ibu dengan face to face (dari mata ke mata), memberikan rasa nyaman pada ibu, memberikan sentuhan atau dorongan pada ibu, memberikan pujian pada ibu serta memberikan penjelasan apa yang terjadi dan berbagai informasi tentang proses persalinan.

f. Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor terpenting dalam proses persalinan misal seperti keluarga ataupun suami. Dorongan yang berkesinambungan seperti memegang tangan untuk memberikan kenyamanan bagi ibu.

g. Psikolog ibu

Melibatkan psikolog ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya semisal sudah hamil ke dua, kebiasaan adat istiadat

yang berkembang di dalam keluarganya, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu (Sari, 2014).



1. Kebutuhan Ibu Bersalin

Menurut rohani (2010) ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijelaskan sebagai berikut :

a. Asuhan tubuh dan fisik

Asuhan yang diberikan adalah :

- 1) Menjaga kebersihan diri dengan cara menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluan sesudah BAK/BAB dan menjaganya tetap bersih dan kering.
- 2) Berendam, merupakan salah satu metode yang dapat dijadikan tindakan pendukung dan kenyamanan untuk memangsakan ibu.
- 3) Saat proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah , tenggorokan kering dalam beberapa jam tanpa oral dan tanpa perawatan mulut. Perawatan yang dapat diberikan pada ibu sebagai berikut :
 - a. Menggosok gigi.
 - b. Pemberian gliserin.
 - c. Pemberian permen untuk membasahi tenggorokan.
 - d. Pengipasan

Ibu saat bersalin biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada suhu normal diruangan pun ibu akan mengeluh berkeringat.

e. Kehadiran seorang pendamping

Pada saat proses persalinan perlu adanya pendamping untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan pada ibu, membuat

persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

Kebanyakan seorang ibu sulit untuk mengemukakan pernyataan secara langsung pada penolong persalinan. Kehadiran seseorang misalnya suami memungkinkan penolong ibu bersalin untuk memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendamping tersebut.

f. Mengurangi rasa nyeri

Rasa nyeri saat persalinan dapat dikendalikan dengan dua metode yaitu metode farmakologi dan non farmakologi

1. Metode pengendalian rasa nyeri secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat sedativ (misalnya golongan barbiturat) dan apioid (misalnya morfin).
2. Metode pengendalian rasa nyeri secara non farmakologis bisa dilakukan dengan jala kompresi panas, kompresi dingin, hipoterapi, penggerakan tubuh secara berirama, relaksasi dan latihan pernafasan, usapan di punggung atau abdomen dan pengosongan kandung kemih.

g. Penerimaan terhadap sikap dan perilaku

Asuhan yang harus diberikan pada ibu ialah pemberian dukungan mental dan memberikan penjelasan pada ibu bahwa rasa sakit yang ia alami merupakan proses alami selama persalinan dan harus

dilalui dengan diharapkan ibu akan tenang dalam proses persalinan yang berlangsung.



2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian

Neonatus atau Bayi Baru Lahir merupakan bayi yang berusia 0-28 (Depkes, 2010). Bayi Baru Lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterina) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi,2012).

Hemeostasis adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital bersifat dinamis, dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan intrauterine (Muslihatun, 2010).

Asuhan segera setelah bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagaimana besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek yang paling penting dari asuhan segera bayi baru lahir adalah :

- a) Jaga bayi agar tetap kering dan hangat.
- b) Usahakan agar tetap ada kontak kulit antara ibu dan bayi

(sarwono, 2010).

B. Ciri Bayi Lahir Normal

1. Lahirnya cukup bulan kisaran 37-42 minggu.
2. Berat badan bayi antara 2.500-4.000 gram.
3. Panjang badan bayi antara 48-52 cm.

4. Lingkar dada bayi 30-38 cm.
5. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
8. Pernafasan \pm 40-60 x/menit.
9. Warna kulit memerah dan licin karena jaringan sarkomer yang cukup.
10. Pada rambut lanugo tidak terlihat dari rambut kepala biasanya telah sempurna.
11. Kuku sedikit panjang dan lemes.
12. Nilai APGAR >7

Untuk menilai APGAR skor dapat dilihat dalam menit pertama sampai menit kelima setelah bayi lahir. Pada saat pengukuran satu menit pertama digunakan untuk menilai ketahanan bayi melewati proses persalinan. Pengukuran pada menit kelima untuk menggambarkan apakah bayi dapat bertahan setelah bayi keluar dari rahim ibunya. Secara khusus dalam pengukuran nilai APGAR skor sendiri untuk mengetahui apakah bayinya membutuhkan bantuan pernafasan atau adakah kelainan pada jantung (Prawirohardjo,2010).



Tabel 2.5
 Nilai APGAR pada Bayi Baru Lahir

Aspek pengamatan bayi baru lahir	Skor		
	0	1	2
Appearance/warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kemerahan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan sekitar mulut	Warna kulit sekitar tubuh normal
Pulse/nadi	Denyut jantung tidak normal	Denyut jantung <100 kali per menit	Denyut jantung >100 kali permenit
Grimace/respons reflek	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat stimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat stimulasi
Activity/tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengah dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakam	Bergerak aktif dan spontan
Respiratory/pernafasan	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuar, pernafasan baik dan teratur

Sumber : Siswi, Elisabeth. 2016

Interprestasi :

Nilai 1-3 : asfiksia berat

Nilai 4-6 : asfiksia sedang

Nilai 7-10 : asfiksia ringan (normal).

13. Pergerakan aktif.

14. Bayi lahir akan spontan mengangis dengan kuat.

15. Refleks rooting (bayi akan mencari puting susu dengan rangsangan taktil yang diberikan pada pipi daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.

16. Reflek sucking (bayi akan menghisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

17. Reflek swallowing yaitu reflek menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI masuk ke dalam lambung.

18. Refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

19. Refleks grasping (gerakan memeluk apabila di kagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

20. Reflek tonic neck yaitu gerakan spontan pada otot kuduk pada bayi normal.

21. Refleks babinsky yaitu gerakan jari sepanjang telapak kaki.

22. Refleks stapping yaitu reflek kaki secara spintan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka seperti adanya tekanan.

23. Genetalia

a) Pada laki-laki, kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

- b) Pada perempuan, kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang, serta adanya labia minora dan labia mayora.
- c) Eliminasi baik yang ditandai dengan kelarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

C. Proses Bayi Baru Lahir

Pada saat jam pertama kehidupan ekstrasuteri adalah salah satu yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Pada saat bayi baru lahir sangat ketergantungan total ke dalam kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit ini disebut dengan masa transisi, masa ini dimulai ketika bayi mulai keluar dari tubuh ibu dan akan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu (Varney *et al*, 2007).

Periode transisi pada bayi sendiri dapat dibagi menjadi :

1. Periode reaktivitas (The First Period of Reactivity)

Pada periode ini dimulai dari bayi lahir sampai usia 30 menit. Pada saat ini denyut jantung cepat dan tali pusat terlihat. Warna kulit bayi dapat memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Mata bayi akan terbuka yang menunjukkan perilaku terbuka. Bayi mungkin saja akan menagis, terkejut, ataupun mencari puting susu. Selama periode ini setiap usaha harus memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Biasanya bayi akan sering mengeluarkan feses dan bising usus biasanya akan muncul 30 menit setelah bayi lahir.

Bising usus ini menunjukkan bahwa keadaan sistem pencernaannya normal, namun bila keadaan fesesnya saja tidak bisa mengindikasi

bahwa peristaltik mulai bekerja, melainkan hanya mengindikasikan bahwa anus bisa berfungsi secara paten.

Dari karakteristiknya dapat dilihat dengan jelas yaitu :

- a) TTV bayi baru lahir : frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur., frekuensi pernapasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dalam keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendengur serta adanya retraksi.
- b) Keadaan warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak BAK ataupun memiliki pergerakan selama periode ini.
- d) Bayi baru lahir memiliki sedikit mucus, menangis kuat, reflek hisap yang kuat. Tips khusus : selama periode ini mata bayi akan terbuka lama, dari pada sebelumnya, waktu ini merupakan waktu yang paling penting untuk pendekatan dengan bayi baru lahir karena berfungsi untuk pendekatan kontak mata untuk waktu yang lebih lama.

2. Periode tidur (Period of Unresponsive Sleep)

Pada periode ini berlangsung sekitar 30 menit kelahiran bayi sampai 2 jam.

Pada masa ini frekuensi jantung kurang dari 140x/menit , bayi dalam keadaan tidur nyenyak, bising usus ada tetapi kemudian akan berkurang.

Pada saat bayi tidur nyenyak sebaiknya tidak diganggu karena pada saat

itu mungkin bayi pulih dari tuntunan kelahiran dan transisi segera ke hidupan ektrauteri.

3. Periode Reaktivitas II (The Second Period of Reactivity)

Pada periode ini biasanya disebut dengan tahap ketiga transisi yang berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Frekuensi jantung akan labil dan perubahan yang terjadi pada kulit akan sangat cepat, yang sangat berkaitan dengan stimulasi lingkungan. Frekuensi jantung akan bervariasi tergantung dengan aktivitas bayinya. Bayi baru lahir sangat membutuhkan asupan nutrisi dan harus segera menyusu . pemberian nutrisi segera setelah lahir sangat penting untuk mencegah hipoglekemia dan juga dapat menstimulasi pengeliiaran feses, serta dapat mencegah ikterus. Pemberian nutrisi berupa ASI juga dapat dapat memungkinkan kolonisasi baketri di usus, yang menyebabkan pembentukan Vit K oleh saluran cerna, disini bidan juga harus memberikan pengetahuan pada bayinya agar segera menyendawakan bayinya setelah menyusu. Apabila terdapat lendir saat pemberian ASI juga sangat mengganggu terlebih apabila lendir yang keluar banyak juga dapat mengindikasi terjadinya suatu masalah seperti atresia esofagus (Varney ,dkk.2007).

D. Kebutuhan dasar Bayi Baru Lahir

Setelah bayi lahir tentunya juga memiliki kebutuhan dasar antara lain :

1. Nutrisi

Pada saat jam pertama energi yang didapatkan dari perubahan karbohidrat, padahari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapatkan susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012).

2. BAK/BAB

Dalam 10 jam pertama biasanya bayi akan mengeluarkan menonium, kemudian akan berubah menjadi feses biasa dan berwarna biasa pada hari ke-4 (Marmi, 2012). Feses pertama yang dikeluarkan oleh bayi biasanta berwarna hijau kehitaman tekstur lengket dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Kemudian akan mengalami masa transisi pada hari ke-3 hingga hari ke-5 menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009). Sedangkan bayi akan BAK dalam 24 jam pertama kelahirannya dengan frekuensi semakin sering meningkat karena sering dengan banyak pemberian nutrisi yang berupa ASI tanpa ada batasanya. Urin akan encer dan berwarna kekuningan dan tidak berbau (Sulistyowati, 2009).

3. Tidur

Alam sehari bayi baru lahir akan tidur selama 16-18 jam perhari, dengan durasi tidur sekitar 45 menit sampai 2 jam. Bayi akan menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari. Biasanya bayi akan menangis ketika ia merasa lapar (walsh, 2007).

4. Kebersihan diri

Bayi pertama kali dimandikan setidaknya 6 jam setelah lahir, dengan indikasi apabila bayi pada keadaan suhu yang normal atau stabil. Kemudian selanjutnya bayi dimandikan minimal 2 kali sehari dengan menggunakan air yang semu kuku. Memandikan bayi bisa menggunakan sabun apabila bayi tidak ada alergi dengan sabun agar dapat menghilangkan minyak ataupun kotoran yang ada di badannya. Pada saat pemakaian popok harus dengan keadaan yang terbuka atau tali popok berada di bawah tali pusat, supaya tali pusat mendapatkan udara dan agar tidak basah karena terkena urine atau feses, popok sendiri harus diganti sesering mungkin apabila bayi BAK atau BAB untuk menghindari iritasi pada kulit (Manuaba, 2007).

5. Gerak

Pada bayi normalnya akan melakukan gerakan tangan ataupun kaki pada saat bayi tidak tidur. Pada saat bayi menangis biasanya akan terjadi tremor pada tangan ataupun kaki, hal tersebut merupakan keadaan yang wajar atau normal. Tetapi ketika tremor terjadi pada saat tidur perlu dilakukan pemeriksaan lanjut karena dikhawatirkan bayi memiliki kelainan (Saifuddin, 2010).

6. Keadaan psikososial

Skin to skin bisa membuat bayi lebih tenang sehingga dapat tidur dengan nyenyak (Marmi, 2010). Bayi akan sadar dan waspada apabila ia terbangun .dikatakan jauh dari pasif apabila bayi bereaksi apabila ada

rangsangan dan biasanya akan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungan (Fraser *et al*, 2009).

E. Tanda Bayi Baru Lahir dalam keadaan yang bahaya

1. Pernafasan : susah atau lebih dari 60 kali permenit.
2. Suhu : terlalu panas $>38^{\circ}\text{C}$ ataupun terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$.
3. Warna : kekuningan (24 jam pertama), biru atau pucat, memar
4. Pemberian Nutrisi : daya hisap bayi lemah, tidur yang berlebihan, muntah.
5. Tali pusat : berwarna kemerahan, bengkak, keluar pus(nanah), berbau, keluar darah.
6. Infeksi : suhu tubuh naik, memerah, bengkak, keluar pus(nanah), bau busuk, pernapasan sulit. BAK/BAB : tidak BAK dalam 24 jam pertama, tinja lembek, hinjau tua ada lendiri ataupun darah pada feses.
7. Gerakan : mengigil, tangisan tidak biasa, lemas, terlalu mengantuk, kejang, menangis terus menerus .(Sarwono, 2010)

Penanganan :

1. Berikan ASI sesuai dengan kemauan bayi (ondemen) minimal 2 jam sekali
2. Pertahankan suhu bayi.
3. Jaga keadaan bersih, kering dan hangat (hidarkan dengan paparan langsung terhadap kipas angin), pastikan bayi dalam keadaan tidak panas dan terlalu dingin, gukanan popok dan selimut seperlunya

saja, pastikan pada saat memberikan sesuatu pada bayi dalam keadaan bersih.

4. Jaga keadaan tali pusat bayi dalam keadaan yang kering dan bersih.
5. Sayangilah dan nikmati kehidupan dengan bayi. Awasi apabila ada masalah ataupun kesulitan dalam menjaga bayi.
6. Jaga keamanan pada bayi agar terhindar terhadap trauma ataupun infeksi.
7. Ukur suhu tubuh bayi apabila bayi nampak akan sakit (Sarwono, 2010)

F. Klasifikasi Berat Badan Bayi

Berat Badan Bayi bermacam- macam menurut (Kosim, dkk. 2009) dapat dikelompokkan menjadi :

1) BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)

Dikatakan dengan berat badan lahir rendah apabila bayi lahir dengan berat badan <2500 gram tanpa memandang usia gestasinya (Kosim dkk, 2010). Dahulu apabila bayi lahir dengan berat badan yang kurang dapat dikatakan dengan prematur tapi kemudian disepakati disebut Low Birth Weight Infant atau Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan berat badan rendah dapat digolongkan menjadi dua yaitu :

- a. Prematur murni dimana bayi baru lahir dengan usia kehamilan yang kurang dari 37 minggu dan memiliki berat badan yang sesuai dengan usia masa kehamilannya.

b. Dismaturitas dimana berat badan bayi kurang dari berat badan yang semestinya untuk masa kehamilan. Bayi dengan berat badan yang rendah merupakan sesuatu hal yang penting karena akan mempunyai kecenderungan kearah peningkatan infeksi, kesulitan dalam mengatur nafas, sehingga terjadinya masalah hipotermia akan semakin besar. Selain itu apabila bayi lahir dengan berat badan rendah akan mudah terkena komplikasi seperti ikterus kemudia hipoglikomia yang akan menyebabkan kematian bayi. Berat bayi rendah masuk dalam kategori risiko tinggi, karena dengan berat badan bayi yang rendah akan menunjukan angka kematian dan kesehatan yang lebih tinggi dengan berat bayi lahir cukup (Jitowiyono,dkk. 2010).

2) Bayi berat lahir normal

Bayi dikatakan dengan berat lahir normal apabila usia kehamilan sampai dengan 42 minggu dengan berat badan bayi >2500 gram- 4000 gram (Jitowiyono,dkk. 2010).

3) Bayi dengan berat lahir lebih

Dikatakan dengan bayi lahir berat badan berlebih apabila bayi yang lahir dengan berat badan >4000 gram (Kosindkk, 2009). Bayi dengan berat badan berlebih bisa disebabkan dengan kehamilan posterm. Bila terjadi perubahan anatomik pada plasenta maka terjadi penurunan janin, dari penelitian Vorher tampak bahwa sesudah umur kehaamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janinmendatar dan nampak

adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun sering kali plasenta masih berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan (Prawirohardjo, 2008).

4) Berdasarkan usia kehamilan

- a. Bayi yang kurang bulan (preterm infant) : umur kurang dari 259 hari atau 37 minggu.
- b. Bayi cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu).
- c. Bayi lebih bulan (postterm infant) : lebih dari 294 hari (42 minggu lebih)

5) Berdasarkan berat lahir

- a. Bayi berat lahir rendah : kurang dari 2500 gram.
- b. Bayi berat lahir cukup : antara 2500 gram-4000 gram.
- c. Bayi berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010).

6) Bayi menurut berat lahir terhadap masa gestasinya

- a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
(Kumalasari, 2015).

7) Macam reflek pada bayi

Pemeriksaan reflek pada bayi merupakan salah satu pemeriksaan neurologis untuk mengetahui sistem integritas saraf pada bayi. Baik respon yang menurun (hipo) maupun reflek meningkat (hioer) merupakan penyebab masalah (Varey, 2008). Reflek yang dikaji pada bayi antara lain :

a. Reflek melangkah (stepping)

Bayi akan menggerakkan tungkainya biasanya dalam satu gerakan misal berjalan atau melangkah, jika diberikan misalnya lengannya dipegang kemudian membiarkan kakinya berjalan atau melangkah (Marmi,2014).

b. Reflek menelan (swallowing)

Pada saat meminum ASI maka ada tekanan pada otot dan faring, hal tersebut dapat mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI masuk kedalam rongga mulut (winkjosastro, 2008).

c. Reflek menghisap (sucking)

Dimana reflek ini akan aktif apabila kita menyentuh bagian bibir disertai dengan menelan. Tekanan pada ulut bayi pada langit bagian dalam gusi atau timbul isapan yang kuat dan cepat. Hal ini dapat dilihat pada saat bayi menyusui.

d. Reflek mencari (rooting)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh maka bayi akan mencari atau menoleh kearah sentuhan dan akan membuka mulut.

e. Reflek berkedip (glabellar)

Pada saat pangkal hidung diketuk maka bayi akan mengedipkan matanya kira-kira 3 sampai 4 kali (Marmi,2014).

f. Reflek menggenggam (grasping)

Apabila telapak tangan bayi distimulasi dengan beda misalnya jari maka bayi tersebut akan menggenggamnya dan akan memegang dengan erat (Marmi,2014).

g. Reflek terkejut (Morro)

Ketika bayi kaget ataupun terkejut bayi akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari tangan yang cepat dengan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian akan timbul fleksi.

h. Reflek babinsky

Menggoreskan telapak kaki maka bayi akan merespon berupa telapak kaki kearah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak tangan kaki (Marmi,2014).

i. Reflek menoleh (tonikneck)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi,2014).

j. Reflek ekstruksi

Reflek ini dapat dilakukan dengan cara sentuh lidah menggunakan spatel apabila menjulur keluar berarti normal, bisa juga menggunakan jari ataupun puting susu.

G. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan diluar uterus

1. Perubahan pernafasan

- a) Pernafasan awal dipicu oleh beberapa faktor antara lain :
- 1) Faktor fisik, berupa usaha untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps.
 - 2) Faktir kimia, perubahan pada darah misalnya pennurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan ph selama kelahiran.
 - 3) Faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu badan.
 - 4) Frekuensi pernafasan bayi baru lahir kira-kira 30-60 x/menit
 - 5) Sekresi lendir mulut yang dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama pada 12-18 jam pertama.
 - 6) Bayi baru lahir umumnya bernafas dengan hidung,. Respon reflek terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan janin nafas tidak ada ada pada sebagian besar bayi sampai dengan 3 minggu setelah kelahiran.

Pernafasan bayi pada umumnya akan normal setelah 30 detik setelah kelahirannya.pernafasan ini timbul akibat dari aktivitas normas sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua itu membuat perangsangan pada otak dan akan melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot pernafasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat

melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga 80-100 ml. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti oleh udara (Sondaks, 2013)

2. Perubahan sirkulasi

Aliran darah akan berhenti saat tali pusat di potong. Tindakan ini dapat menyebabkan suplai oksigen ke plasenta akan menurun bahkan tidak ada dan menyebabkan serangkaian ewaksi selanjutnya. Sirkulasi darah memiliki karakter ristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru-paru merupakan organ tertutup yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melauai paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan atrium kiri. Yang disebut dengan foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian akan langsung mengalir ke otak melalui ductus arterisus. Karena tali pusat yang diklem sistem bertekanan rendah berada pada unit janin-plasenta terputus sehongga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup bertekanan tinggi dan akan berdiri sendiri. Efek yang akan terjadi apabila tali pusat diklem yaitu peningkatan tekanan pembuluh darah sistemik.

Hal ini yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan pernafasan pertama kali terjadi secara bersamaan. Oksigen dari pertama panas tersebut menyebabkan sistem pembuluh

darah paru berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi bertekanan rendah. Kombinasi tekanan meningkat dalam sirkulasi sistemik menurun dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran darah dalam jantung. Tekanan akibat peningkatan aliran darah dalam jantung menyebabkan foramen ovale tertutup, dan arteriososis yang mengalirkan darah teroksigenasi ke otak janin kini tak lagi diperlukan. Dalam 48 jam, duktus ini akan mengecil dan secara fungsional menutup akibat penurunan kadar prostaglandin E₂ yang sebelumnya disuplai oleh plasenta.

Darah yang tidak kaya akan kadar oksigen kemudian akan di pompa dan dialirkan ke seluruh tubuh (Sulistiyawati, 2010).

3. Perubahan metabolisme karbohidrat

Luas permukaan tubuh neonatus lebih besar daripada luas permukaan orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itu, BBL menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada hari kedua, energi berasal dari permukaan lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari keenam energi didapat dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing besar sekitar 60% dan 40% (Dewi, 2011).

4. Perubahan pada suhu tubuh

Bayi akan cenderung mengalami perubahan fisik akibat dari perubahan suhu diluar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu didalam

uterus minimal, rentang maksimal hanya $0,6^{\circ}\text{C}$ sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Ada tiga faktor yang berperan dalam penurunan suhu antara lain :

- a. Luasnya permukaan tubuh bayi.
- b. Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna.
- c. Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas.

Pada lingkungan yang dingin, akan membuat bayi menjadi menggigil, hal tersebut merupakan usaha bayi yang kedinginan untuk mendapatkan suhu panasnya lagi. Pembentukan suhu tubuh bayi ini diperoleh dari penggunaan lemak coklat yang ada dalam tubuh bayi, dan mereka mampu meningkatkan suhu tubuhnya sampai 100%. Untuk membakar lemak coklat bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energi yang akan merubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat lagi diproduksi oleh tubuh bayi baru lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stres dingin. Semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat bayi. Jika seorang bayi kedinginan, bayi akan mengalami hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan wajib meminimalisir terjadinya kehilangan suhu tubuh pada bayi. Suhu tubuh normal pada bayi

umumnya $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ melalui pengukuran aksila dan rektum, jika nilainya turun di bawah $36,5^{\circ}\text{C}$ bayi akan mengalami hipotermia.

Hipotermia pada bayi dapat terjadi setiap saat apabila disekeliling bayi suhunya rendah dan upaya dalam mempertahankan suhu tubuh tidak direapkan secara tepat., terutama saat masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir. Misalkan bayi baru lahir dibiarkan telanjang menunggu plasenta dilahirkan meskipun lingkungan disekitar bayi cukup hangat. Gejala yang timbul saat bayi hipotermi antara lain :

- a. Sejalan dengan menurunkan suhu tubuh bayi, maka bayi menjadi kurang aktif, tidak kuat menghisap ASI, dan menangis lemah.
- b. Pernapasan menggap-menggap dan lambat serta denyut jantung menurun.
- c. Timbul sklerema, kulit mengeras berwarna kemerahan terutama pada bagian punggung, tungkai dan lengan.
- d. Muka bayi berwarna merah terang.

Hipotermi pada bayi menyebabkan terjadinya penurunan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, peredaran pada paru-paru, ikterus, dan kematian.

(Sulistyawati, 2010)

Bayi baru lahir akan mengalami kehilangan suhu melalui mekanisme berikut :

- a) Konduksi

Proses dimana hilangnya panas tubuh bayi melalui kontak langsung dengan benda yang mempunyai suhu lebih rendah (Yanti,2009).



b) Evaporasi

Kehilangan tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan dingin. Misalnya, meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperturnya lebih rendah dari tubuh bayi.

c) Konveksi

Tubuh panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih tinggi. Misalnya, bayi yang terkena paparan langsung dengan kipas angin.

H. Pelayanan kesehatan neonatal

Kunjungan neonatal pertama (KN 1) adalah kunjungan pertama yang dilakukan bidan pada bayi baru lahir (umur 6 jam sampai 48 jam). Pelayanan kesehatan yang diberikan bidan yaitu melakukan pemeriksaan pada bayi sesuai dengan standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling tentang perawatan bayi baru lahir termasuk dengan perawatan tali pusat dan ASI eksklusif, indikator yang menggambarkan pelayanan neonatal yaitu melakukan kunjungan neonatal lengkap minimal tiga kali sesuai dengan standarnya. (Depkes RI, 2014)

Menurut Kemenkes RI (2014) kunjungan neonatal dilakukan selama tiga kali yaitu :

- a. KN 1 pada 6 jam sampai dengan 24 jam.
- b. KN 2 pada hari ke-6 sampai dengan hari ke-7.

c. KN 3 pada hari ke-8 sampai dengan hari ke-28

Penyuluhan yang diberikan sebelum bayi pulang :

1. Perawatan tali pusat

Setelah bayi lahir tali pusat akan dipotong , sebelumnya tali pusat menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin. Tapi saat bayi lahir maka tidak membutuhkan lagi oksigen dari ibunya, hal tersebut dikarenakan bayi sudah bisa bernafas lagi menggunakan hidungnya. Karena itu tali pusat akan dipotong meskipun tidak semuanya. Sisanya dibiarkan hingga pelan-pelan akan menyusut dan mengering, lalu akan terlepas dengan sendirinya. Cara melakukan perawatan pada tali pusat yaitu :

- a. Cuci tangan dengan bersih.
- b. Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai kemudian basahi dengan alkohol 70% kemudian bersihkan sisa tali pusat, terutama pada pangkal (yang menempel pada perut).
- c. Lakukan dengan hati-hati. Apabila tali pusat masih kemerahan.
- d. Gunakan jepitan yang berbahan plastik agar mudah memegang ujung tali pusat, dan agar mudah dalam pembersihan.
- e. Rendam perban atau kasa dengan alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusat. Usahakan semua tali pusat tertutup, mulai dari pangkal sampai ujung tali pusat.
- f. Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar kasa tidak terlepas

- g. Gunakan kain kasa untuk megikat perban agar tetap pada tempatnya (Mueser, 2010).

2. Pemberian ASI

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yaitu pemberian ASI eksklusif yang pertama kali diberikan ibu kepada anaknya, pemberian ASI ini dianjurkan segera setelah melahirkan. Bayi yang lahir cukup bulan akan mempunyai naluri untuk menyusu pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Pengalaman pertama setelah bayi lahir yaitu bayi akan relatif lebih tenang dan kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke mulut sehingga dapat mengunci dan menelah). Riset mengatakan bahwa bayi setelah lahir langsung dilakukan diletakkan di perut ibu akan mampu mencari payudara ibu dan menyusu dengan baik. (Mueser, 2007)



2.1.4 Konsep dasar Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimana pemulihan kembali pasca persalinan yang dimulai dari 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 42 hari dimana pada masa itu terjadi pemulihan mulai dari kandungan seperti pada saat belum hamil (Prawiroharjo,2014).

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimana setelah plasenta lahir sampai sampai alat kandungan kembali seperti semula. Masa nifas sendiri berlangsung kurang lebih sekitar 6 minggu (Saifudin, 2009).

B. Periode Masa Nifas

Menurut Mochtar (2015), masa nifas dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Puerperium dini, masa kepulihan dimana ibu sudah bisa berdiri dan berjalan-jalan.
- b. Puerperium intermedial, masa kepulihan secara menyeluruh alat-alat genitalia yang berlangsung lamanya kira-kira 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium, adalah waktu dimana diperlukan ibu untuk pemulihan dan sehat dengan sempurna terutama apabila selama hamil atau saat persalinan memiliki komplikasi.

C. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

a) Uterus

Pada uterus terjadi perubahan semula yang membesar setelah proses persalinan akan kembali seperti sebelum hamil (involusi), dimana proses ini dimulai sejak plasenta sudah keluar akibat dari

kontraksi otot-otot polos di uterus (Dewi,2011). Penyebab dari involusi yang sering terjadi yaitu fragmen plasenta dan infeksi (Dewi,2011)

Table 2.6

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gram
6 minggu	Normal	50 gram
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gram

Sumber : Saleha, siti.2009

Involusi uterus sendiri terjadi melalui 3 proses yang bersamaan menurut Sulistyowati (2009) :

a) Autolysis

Autolysis adalah suatu proses penghancuran diri yang terjadi didalam otot uteri. Enzim prolaktin dapat berperan dalam memendekkan jaringan otot yang mengendur hingga 10 kali lebih panjang dari semula dan 5 kali sebelum hamil.

Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.



b) Auto jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya esterogen dalam jumlah yang sangat besar, kemudian akan mengalami atrofi sebagai reaksi di otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang selanjutnya akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

c) Efek oksitosin (kontraksi)

Intense kontraksi uterus akan meningkat secara bermakna segera setelah masa lahir. Hal tersebut terjadi karena respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepaskan dari kelenjar hypofisis dapat memperkuat dan mengatur kontraksi uterus sendiri, mengompresi pembuluh darah, dan membantu proses hemeostatis. Berkurangnya suplai darah ke uterus ini diakibatkan oleh kontraksi dan rektraksi nya otot uteri, proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Luka bekas pelekatan plasenta akan sembuh total kira-kira 8 minggu pasca persalinan.

d) Lochea

Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea sendiri mempunyai reaksi basa atau alkalis yang dapat

mempengaruhi pertumbuhan organisme lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Ambarwati,2010)

Lochea sendiri dapat dibedakan menjadi 4 menurut Retno (2010) diantaranya : Lochea rubra atau merah (kruenta), sanguinolenta, serosa, dan alba (putih).

b. Lochea Rubra

Berisi darah segar dan selaput ketuban, sel desidua, verniks kaseosa, lanuga, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan .(Wibawa,2012)

c. Lochea Sanguinolent

Berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan (Wibawa,2012).

d. Lochea Serosa

Warna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-9 pasca persalinan (Wibawa,2012).

b. Lochea alba

Cairan putih setelah 2 minggu pasca persalinan (Wibawa,2012).

e) Serviks

Pasca persalinana, serviks akan mendatar dan sedikit tonus, tampak lunak dan edema serta banyak mengalami laserasi kecil. Ukuran serviks dapat mencapai dua jari dan ketebalannya sekitar 1 cm. Serviks akan cepat memendek dan

akan menjadi lebih keras atau lebih tebal kurang lebih selama 24 jam, ukurannya sekitar 2 sampai 3 cm setelah beberapa hari akan memendek menjadi 1 cm dalam waktu 1 minggu. Pemeriksaan histologi serviks segera setelah persalinan menunjukkan hampir secara umum terjadi edema dan perdarahan. Epitel endoserviks secara umum masih dalam kondisi yang utuh, dengan sesekali diselingi area yang setengah terkelupas. Pada awal hari keempat, hipertropi dan hiperplasia grandular yang terjadi selama kehamilan menyusut dan perdarahan interstisial direabsorpsi. Namun, involusi serviks terus berlanjut hingga lebih dari 6 minggu dengan edema dan infiltrasi sel bundar yang masih terjadi selama tiga sampai empat bulan (Reeder dkk,2011).

f) Endometrium

Perubahan yang terjadi pada endometrium yaitu timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm. Mempunyai permukaan yang kasar akibat dari pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Sahela,2009).

g) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium ialah suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya akan berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran semula. Rugae akan timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkular mitomorfis yang khas bagi wanita multipara (Saleba, 2009).

h) Involusi uteri

Setelah bayi lahir uterus akan berkontraksi dan retraksi akan keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Otot harim sendiri dapat dibedakan menjadi 3 lapisan otot yang membentuk anyaman sehingga pembuluh darah dapat menutup dengan sempurna, dengan demikian dapat terhindar dari perdarahan postpartum. Pada involusi uterus sendiri dapat terjadi proses autoysis dimana proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebarnya dari sebelum hamil. Sitoplasma yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga jaringan tertinggal jaringan

fibroelastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan (Purwati,2012).

Tabel 2.7
Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Mochtar, 2015

i) Payudara dan laktasi

Menurut babak (2010) pada masa hamil terjadi perubahan payudara terutama mengenai besarnya. Hal ini disebabkan oleh proliferasi sel-sel ductus laktifer. Proses proliferasi sendiri dipengaruhi oleh hormon yang dihasilkan oleh plasenta, yaitu laktogen, prolaktin, kотиogonadotropin, esterogen dan progesteron. Setelah persalinan, kadar esterogen dan progesteron akan menurun dengan lepasnya plasenta.

Sedangkan hormon prolaktin tetap tinggi sehingga tidak ada hambatan prolaktin terhadap esterogen. Pembuluh darah akan bengkak karena terisi oleh darah, menyebabkan hangat, bengkak, dan rasa sakit. Keadaan tersebut dinamakan dengan engorgement (Rita, 2013).



j) Perubahan sistem pencernaan

Biasanya setelah persalinan ibu akan mengalami konstipasi, hal ini dikarenakan pada saat persalinan berlangsung ada tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, berlebihnya pengeluaran cairan saat persalinan serta kurangnya asupan yang diterima saat persalinan berlangsung, serta kurangnya kativitas tubuh.

Agar tidak terjadi konstipasi terus menerus dapat dilakukan seperti diet tinggi serat, peningkatan asupan minum, dan ambulasi sejak awal. Bila tidak berhasil selama 2-3 hari maka dapat diberikan obat laksansia.

Selain konstipasi, ibu juga akan mengalami anoreksia yang diakibatkan oleh penurunan sekresi kelenjar pencernaan dan dapat mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang akan menyebabkan kurangnya nafsu makan (Sulistyawati, 2009).

k) Perubahan Tanda Vital

Tanda vital akan terlihat apabila wanita dalam keadaan normal.

Peningkatan kecil biasanya peningkatan tekanan darah sistole maupun diastole dapat berlangsung sekitar 4 hari pasca melahirkan. Fungsi pernafasan akan kembali seperti saat tidak hamil yaitu pada bulan ke enam pasca melahirkan. Setelah rahim normal atau kosong diafragma akan menurun, aksis

jantung akan kembali normal lagi serta impuls dan EKG kembali normal.

l) Suhu badan

Satu hari (24 jam) pasca melahirkan ibu akan mengalami peningkatan sekira $0,5-1\text{ }^{\circ}\text{C}$ yang diakibatkan oleh aktivitas yang berat saat proses melahirkan. Saat proses melahirkan akan menyebabkan kelelahan dan berkurangnya cairan tubuh yang menyebabkan suhu akan meningkat. Kemudian dilanjutkan pada hari ke-3 biasanya akan kembali naik lagi karena adanya proses pembentukan ASI dan panyudara akan membengkak, berwarna merah karenan banyaknya ASI yang diproduksi. Apabila suhu tidak turun maka kemungkinan terjadi infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urinarius, ataupun sistem yang lainnya (Dewi, 2011).

m)Nadi

Denyut nadi akan sehabis melahirkan biasanya akan mengalami peningkatan dari sebelumnya, yang dipengaruhi oleh aktivitas saat melahirkan . biasanya denyut nadi normalnya untuk orang dewasa sekitar 60-80x/menit (Dewi,2011).

n) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan yang terjadi tekanan darah akan menurun krena adanya perdarahan. Tekanan darah

yang tinggi pada postpartum biasanya akan menandakan terjadinya pre-eklamsia postpartum (Dewi,2011).

o) Pernafasan

Keadaan pernafasan sendiri selalu berhubungan langsung dengan denyut nadi dan keadaan suhunya. Bila suhu tubuh tidak normal maka pernafasaan juga akan mengikutinya. Kecuali apabila ada gangguan tertentu pada saluran nafas (Dewi,2011).

p) Sistem perkemihan

Setelah melahirkan pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan akan kemabali seperti normal pada akhir minggu keempat. Pemeriksaan sistokopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak adanya edema dan hiperemian dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasai darah pada submukosa (Saleha,2009).

Hipotonia dan dilatasi struktur saluran kemin tetap berdiatasi setelah melahirkan, yang akan kembali ke kondisi normal dalam 3 sampai 6 inggu, walaupun kadang-kadang belangsung selama 8 sampai 12 minggu. Pada 6 minggu pascapartum, aliran plasma gijal, dan kadar nitrogen pada umumnya akan kembali seperti semula sebelum hamil (Reeder dkk, 2011).

q) Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot uterus akan segera berkontraksi setelah partus. Pembuluh darah yang ada disekitar anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir.

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur akan mengecil dan kembali pulih seperti semula. Sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum ritundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita akan mengeluh “kadungannya turun” setelah melahirkan karena ligamen, diafragma pelvis serta fasia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi sekitar 6-8 minggu setelah melahirkan (Sulistiyowati, 2009).

r) Perubahan sistem hematoma dan kardiovaskuler

Leukositosis akan meningkatkan jumlah sel darah putih sampai 15.000 selama masa persalinan. Sedangkan leukosit sendiri akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut bisa saja mengalami peningkatan sekitar 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi yang patologis. Akan tetapi, berbagai jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu . jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit

akan bervariasi pada awal nifas akibat dari volume darah, volume plasma dan volume darah yang berubah-ubah. Sering dikatakan bahwa hematokrit pada hari pertama dan kedua lebih rendah dari titik 2% ataupun lebih tinggi dari pada memasuki persalinan awal. Titik 2% sendiri dapat diartikan bahwa klien mengalami kehilangan darah sekitar 500 ml. Biasanya mengalami penurunan besar kurangnya 1500 ml dalam jumlah kehilangan darah secara menyeluruh mulai dari persalinan sampai nifas. Rincian kehilangan darah saat persalinan kira-kira 500-800 ml hilang selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500 ml selama sisa masa nifas (Saleha, 2009).

s) Perubahan psikologi pada masa nifas

Fase adaptasi pada saat masa nifas dibedakan menjadi 3 fase pada wanita untuk melakukan adaptasi untuk menjadi peran sebagai ibu menurut Bobak (2010) :

a) Fase taking in

Fase ini bisa disebut dengan fase penerimaan, dimana suatu waktu yang penuh dengan kegembiraan dan kebanyakan orang tua akan suka mengkomunikasikan. Di fase ini dimana ibu akan menceritakan pengalamannya saat kehamilan sampai proses persalinannya. Pada fase ini

akan timbul dalam jam-jam pertama kelahirannya sampai dengan 2 hari postpartum (Rita, 2013).

Menurut Dewi (2011) Gangguan Psikologi yang mungkin saja terjadi pada fase ini yaitu :

- 1) Kecewaan karena tidak mendapatkan sesuatu yang diinginkan seperti : jenis kelamin bayinya, warna kulit banyinya dan lain sebagainya.
- 2) Ketidaknyamanan yang diakibatkan oleh perubahan fisik yang dialaminya, misalnya : rasa nyeri ataupun sakit yang timbul pasca melahirkan, rasa mules yang diakibatkan oleh kontraksi nya uterus dan rasa sakit yang diakibatkan penjahitan pada luka laserasi.
- 3) Rasa bersalah pasca melahirkan akibat tidak bisa menyusui bayinya yang dikarenakan seperti ASI belum keluar maupun puting susu yang tidak menonjol sehingga dapat mempersulit bayi untuk menyusui.
- 4) Suami ataupun keluarga yang mengkritik ibu mengenai cara nya merawat bayi yang kurang baik tanpa adanya bantuan yang diberikan suami atau keluarga dan hanya melihatnya saja. Hal tersebut dapat membuat ibu merawa tidak nyaman.

c. Fase taking Hols

Pada fase ini ibu akan berkonsentrasi pada kemampuannya untuk menerima tanggung jawab sepenuhnya menjadi seorang ibu terdapat perawatan yang diberikan pada bayinya. Pada masa ini ibu sangat sensitif dan perlu bimbingan dari suami ataupun keluarga. Fase ini biasanya terjadi 3-4 hari pasca melahirkan.

Tahap ini merupakan waktu yang tepat bidan untuk membimbing ibu dalam perawatan bayinya, namun harus perlu diperhatikan dalam melakukan bimbingan pada ibu, jangan sampai menyinggung perasaan ibu ataupun membuat perasaan ibu tidak nyaman karena pada tahap ini ibu masih sangat sensitif (Sulistiyowati, 2009).

d. Fase letting go

Pada tahapan ini biasanya ibu sudah ada dirumah. Periode ini sangat berpengaruh pada keluarga dan suami terhadap waktu dan perhatian yang diberikan. Ibu mengambil tanggung jawab yang sangat besar terhadap perawatan bayinya dan ibu harus beradaptasi terhadap kebutuhan si bayinya yang sangat bergantung pada ibu biasanya seperti menyusui. Hal ini dapat menyebabkan berkurangnya hak, kebebasan dan hubungan sosial (Manuaba, 2011).

Fase ini yang penuh stress bagi orang tua, kesenangan dan kebutuhan sering terbagi. Dalam hal ini ibu harus membagi perannya dalam mengasuh anak, membersihkan rumah dan lain sebagainya (Marmi, 2011).

D. Kunjungan Masa Nifas

1) Bidan dan Dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan pada ibu nifas dilakukan minimal 3 kali yaitu :

- a. Pertama : dilakukan pada 6 jam pertama pasca melahirkan sampai 3 hari setelah melahirkan.
- b. Kedua : dilakukan pada hari ke 4 sampai dengan hari ke 28 setelah melahirkan.
- c. Ketiga : dilakukan pada hari ke 29 sampai dengan hari ke 42 pasca melahirkan.

2) Bidan Dan Dokter Memberikan Pelayanan Meliputi :

- a. Melihat kondisi ibu nifas secara umum
- b. Melakukan ttv meliputi : pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi.
- c. Melakukan pemeriksaan keadaan lochea dan perdarahan
- d. Memeriksa kondisi jalan lahir dan tanda infeksi apabila ada
- e. Memeriksa kontraksi rahim apakah baik atau tidak dan tinggi fundus uteri.
- f. Memeriksa payudara dan menganjurkan ibu untuk memberikan bayinya asi eksklusif.
- g. Memberikan vitamin a pada ibu.
- h. Melakukan pelayanan kontrasepsi pasca melahirkan.
- i. Melakukan konseling pada ibu ataupun keluarga.

j. Tatalaksana pada ibu nifas sakit ataupun ibu nifas yang mengalami komplikasi.

k. Memberikan penyuluhan yaitu :

Mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, protein hewani maupun protein nabati, sayur-sayuran dan buah-buahan.

(a) Memenuhi kebutuhan cairan tubuh pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama sekitar 14 gelas per hari dan pada 6 bulan kedua sekitar 12 gelas perhari.

(b) Personal hygiene, seperti mandi 2x sehari ganti celana dalam setiap BAK maupun BAB ataupun saat dirasa basah, menjaga kebersihan pada daerah genitalia, ganti pembalut sesering mungkin.

(c) Tidur yang cukup, seperti bayi tidur ibu istirahat.

(d) Meberitahu cara menyusui yang benar dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI selama 6 bulan.

(e) Untuk ibu yang melahirkan dengan operasi caesar maka harus menjaga kebersihan terutama pada bekas luka operasi.

(f) Perawatan pada bayi yang benar.

(g) Menghindari bayi menangis terlalu lama karena bisa membuat bayi stress.

(h) Melakukan stimulasi pada bayi dengan cara berkomunikasi dengan keluarga.

(i) Konsultasi dengan tenaga kesehatan untuk pelayanan kb setelah melahirkan (Kemenkes RI,2015).

E. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Pitriani (2014) tanda bahaya masa nifas yang mungkin terjadi meliputi :

- a) Terjadi perdarahan yang hebat atau perdarahan dengan tiba-tiba
- b) Mengeluarkan cairan dari genetalia yang berbau busuk.
- c) Rasa sakit yang hebat pada punggung atau perut bagian bawah.
- d) Rasa sakit pada kepala yang terus menerus, nyeri pada epigastrium atau ulu hati, ataupun mata kabur yang berlebihan.
- e) Odema pada wajah maupun tangan, demam lebih dari 2 hari, mual muntah.
- f) Payudara yang berubah warna menjadi merah, panas ataupun sakit saat di pegang.
- g) Hilangnya nafsu makan pada ibu.
- h) Cepat lelah, letih ataupun bernafas terengah-engah.

F. Kebutuhan Dasar pada Ibu Nifas

Ibu Nifas memerlukan kebutuhan yang sangat mendasar meliputi :

- a) Makanan dan minuman

Pada saat masa nifas berlangsung diet makanan sangat perlu diperhatikan. Diet makanan juga dapat berguna untuk mempercepat penyembuhan ibu dan juga dapat mempengaruhi dalam memproduksi ASI. Diet yang harus diperhatikan seperti mengonsumsi makanan yang tinggi protein, mengandung gizi yang cukup, serta kandungan kalori yang cukup.

- b) Ibu nifas dengan menyusui eksklusif perlu memenuhi kebutuhan makan dan minum meliputi :
- Menambah porsi makan sekitar 500 kalori perharinya.
 - Melakukan diet yang berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup untuk tubuh.
 - Memenuhi cairan tubuh perharinya sekitar 3 liter.
 - Mengonsumsi kapsul zat besi, yang harus diminum setidaknya 40 hari post partum untuk menambah zat gizi pada ibu.
 - Mengonsumsi kapsul vit A 2000.000 unit supaya dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui saat pemberian ASI (saleha, 2009) .

Table 2.8

Pertambahan makanan pada saat wanita dewasa, hamil dan menyusui

Zat makanan	Wanita dewasa hamil (BB 47 kg)	Wanita hamil 2 mgg terakhir	Wanita menyusui
Kalori	3000 kalori	3000 kalori	800 kalori
Protein	47 gram	20 gram	40 gram
Kalsium	0,6 gram	0,6 gram	0,6 gram
Ferrum	12 mg	5 mg	5 mg
Vitamin A	4000 iu	1000 iu	2000 iu
Thamin	0,7 mg	0,2 mg	0,5 mg
Riboflavina	1,1 mg	0,2 mg	0,5 mg
Niacin	12,2 mg	2 mg	5 mg
Vitamin C	60 mg	30 mg	30 mg

Sumber : Suherni, 2009

c) Ambulasi dini

Ambulasi dini merupakan suatu kebijakan yang diberikan oleh bidan agar ibu bisa bangun dan berjalan secara perlahan-lahan dari tempat tidurnya. Ambulasi dini ini tidak sembarangan diberikan pada ibu post partum yang mengalami seperti anemia, hipertensi, penyakit paru-paru dan lain sebagainya (Saleha, 2009).

Manfaat dari ambulasi dini meliputi :

1. Ibu post partum akan merasakan lebih sehat dan akan lebih kuat.
2. Faal usus dan kadung kemih akan menjadi lebih baik.
3. Memungkinka bidan untuk memberikan edukasi cara merawat bayinya dengan benar.
4. Lebih ekonomis (Sulistyowati, 2009).

d) Eliminasi

1. BAK

Dimana ibu dimintai untuk buang air kecil 6 jam setelah persalinan. Apabila dalam waktu 8 jam ibu belum BAK ataupun sudah BAK tetapi tidak lebih dari 100 maka perlu dilakukan pengosongan kandungkemih dengan cara kateterisasi. Tetapi jika dalam waktu kurang dari 8 jam dan kandung kemih sudah penuh dan tidak dapat keluar maka perlu tindakan segera yaitu kateterisasi (Saleha, 2009).

Kesulitan saat BAK bisa disebabkan karena :

- 1) Tekanan intra abdominal yang berkurang.
- 2) Otot yang ada diperut masih lemah
- 3) Edema dan uretra.
- 4) Kurang sensitivnya kandung kemih (Saleha, 2009).

2. BAB

Pada hari kedua pasca melahirkan diharapkan ibu sudah bisa BAB. Apabila selama 3 hari ibu belum juga bisa BAK maka perlu diberikan obat per oral ataupun per rektal. Dan jika sudah diberikan obat tetap tidak BAB maka perlu dilakukan huknah (Saleha, 2009).

e) Kebersihan diri

Setelah melahirkan ibu akan rentan terkena infeksi. Oleh sebab itu kebersihan diri harus diperhatikan untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan diri meliputi pakaian, lingkungan, tempat tidur dan lain sebagainya (Saleha, 2009).

Kebersihan diri dapat dilakukan dengan menganjurkan ibu untuk cuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan alat genetalianya, ganti pakaian setiap hari minimal 2x sehari, sering ganti pembalut, pada ibu melahirkan dengan oprasi caesar perlu membersihkan bekas luka oprasi setiap hari dengan mengganti balutan yang menutupi bekas luka oprasi (Saleha, 2009).

f) Tidur

Ibu setelah melahirkan perlu untuk memulihkan fisiknya dengan cara tidur yang cukup ataupun istirahat yang cukup. Disini suami maupun keluarga sangat berperan penting untuk memperhatikan istirahat ibunya dan juga dapat dijadikan persiapan untuk menyusui bayinya (Ambarwati,2010).

Apabila ibu tidurnya kurang juga dapat mengakibatkan beberapa hal, antara lain :

- a. Dapat mempengaruhi reproduksi ASI.
- b. Involusi uterus akan menjadi lambat dan juga akan menyebabkan perdarahan yang banyak.
- c. Dapat menyebabkan stress dan tidaknyaman dalam merawat bayinya dan juga ibunya sendiri.

Disini bidan harus memberikan edukasi kepada ibu maupun keluarga untuk melakukan kegiatan rumah tangga harus perlahan-lahan. Selain itu juga diharapkan ibu bisa istirahat yang secukupnya minimal 8 jam perhari (Saleha, 2009)

g) Seksual

Hubungan seksual aman jika darah sudah berhenti cara lain yaitu dengan memasukkan satu tangan ataupun dua tangan kedalam alat genitalia. Jika masih terasa sakit sebaiknya belum melakukan hubungan seksual. Dalam adat jawa banyak sekali budaya yang berkembang seperti tidak boleh berhubungan

badan selama 40 hari atau 6 minggu. Tetapi semua itu tergantung dengan pasangan (Purwati, 2009).



h) Senam nifas

Senam nifas ini berguna untuk pemulihan otot. Dengan cara melakukan senam nifas ini pemulihan otot bisa secara maksimal. Dengan tanda kutip boleh dilakukan pada ibu yang menjalani persalinan normal dan tanpa adanya komplikasi.

Sebelum melakukan senam nifas bidan perlu memberikan edukasi tentang manfaat dari senam nifas ini seperti mengurangi rasa nyeri ataupun sakit pasca melahirkan.

Berikut contoh dari senam nifas yaitu : posisi badan yang nungging, perut dan paha membentuk sudut 90° . Gerakkan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin dan tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sekitar 15 kali kemudian rileks dengan 10 hitungan (Manuaba, 2010)

G. Komplikasi masa nifas

Komplikasi yang mungkin saja terjadi pada masa nifas yaitu :

1. Infeksi

Infeksi nifas adalah dimana pada kondisi ini ibu mengalami peradangan yang terjadi pada organ genitalia, yang disebabkan oleh masuknya bakteri yang merugikan pada genitalianya selama proses melahirkan dan masa nifas sendiri. Bakteri yang masuk kedalam genitalianya biasa berasal dari eksogen dan endogen. Beberapa bakteri yang menyebabkan infeksi yaitu streptococcus, bacil coli, staphyococcus (Saleha, 2010).

2. Infeksi nifas dapat dibedakan menjadi:

a. Vulvitis

Infeksi ini biasanya terjadi pada bekas luka episiotomi ataupun luka pada genetalia. Luka ini biasanya akan memerah, penjahitan pada luka bekas episiotomi akan terlepas dan luka akan membuka bahwa mengeluarkan nanah (Maritalis, 2014).

b. Vaginitis

Infeksi ini dapat terjadi secara langsung pada area vagina yang biasanya akan memerah, mengeluarkan nanah dan terjadi ulkus (Maritalis, 2014).

c. Servistis

Infeksi ini terjadi di serviks, akan tetapi luka ini tidak akan menimbulkan infeksi yang serius. Luka serviks yang dalam, melebar dan langsung ke dasar ligamenlatum yang dapat menjalar ke parametrium (Maritalis, 2014).

d. Endometritis

Infeksi ini terjadi di endometrium. Bakteri akan masuk dengan sendirinya kedalam endometrium, biasanya luka bekas insersio plasenta dan dalam waktu yang singkat mengikutsertakan seluruh endometrium. Jaringan desidua bersama dengan bekuan darah akan menjadi nekrotis dan pengeluaran gertah yang berbau. Pada batas antara daerah yang meradang dengan daerah

yang sehat terdapat lapisan yang terdiri atas leukosit- leukosit (Marritalia, 2014).

e. Piemia dan septikemia

Infeksi yang timbul biasanya disebabkan oleh kuman atau bakteri seperti *Septococcus haemolyticus* golongan A. Infeksi sangat berbahaya apabila sudah terkena karena 50% dari infeksi ini bisa menyebabkan kematian pada ibu nifas. Adanya septikemia sendiri dapat dibuktikan dengan pembiakan kuman-kuman dari darah. Sedangkan piemia terdapat tromboflebitis didalam vena di uterus serta sinus-sinus bekas implantasi plasenta. Tromboflebitis ini akan menjalar ke vena uterina, vena hipogastrika atau vena ovarii. Embolus kecil yang terdapat dalam tempat trombus akan dilepaskan, kemudian embolus akan masuk ke dalam peredaran darah dan dibawa oleh darah kemudian di salurkan ke tempat-tempat lainnya, diantaranya seperti di paru, ginjal, jantung, otak dan dapat menyebabkan abses di tempat tersebut. Keadaan ini dinamakan piemia (Pitriani, 2014).

f. Peritonitis

Penyebaran infeksi ini melalui pembuluh limfe di dalam uterus dan akan langsung menuju peritonium dan akan menyebabkan peritonitis. Infeksi ini juga bisa menyebar melalui jaringan

diantara kedua lembaran ligamentum latum yang akan menyebabkan parametritis (selulitis pelvika) (Pitriami, 2014).

g. Parametritis

Peritonitis ini terjadi mungkin terbatas di rongga pelvis saja atau bisa saja akan menjadi peritonitis umum . peritonitis umum sendiri merupakan komplikasi yang sangat berbahaya , yang tingkat berbahanya mencapai sepertiga dari kematian (Pitriani, 2014).

h. Mastitis dan abses

Mastitis merupakan infeksi yang terjadi di payudara. Mastitis ini umumnya terjadi pada ibu yang menyusui, mastitis ini harus dapat dibedakan apakah dari pembesaran awal karena susu masuk kedalam payudara atau adanya peningkatan suhu transier. Kuman yang biasanya menyebabkan infeksi yaitu *S. aureus*, streptococci dan *H.parainfluenzae*. cedera pada payudara pun dapat disebabkan oleh manipulasi yang kasar, pembengkakan payudara, status air dalam payudara, ataupun pecahnya puting susu (Maritalia, 2014).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012).

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi jumlah penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016).

Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2009).

Menurut cara pelaksanaannya, kontrasepsi dibagi menjadi dua yaitu :

a) Cara temporer (*Spacing*)

Yaitu menjarangkan kelahiran selama beberapa tahun sebelum hamil lagi.

b) Cara permanen (kontrasepsi mantap)

Yaitu mengakhiri kesuburan dengan cara mencegah kehamilan secara permanen, pada wanita disebut sterilisasi dan pada pria disebut vasektomi.

B. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistiyawati, 2013).

C. Syarat kontrasepsi

Kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut :

1. Aman dalam pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Tidak ada efek samping yang merugikan penggunaannya.
3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. Tidak mengganggu hubungan suami istri.
5. Cara penggunaan sederhana.
6. Harganya yang murah supaya dapat digunakan pada kalangan luar.
7. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

Pada kenyataannya tidak ada kontrasepsi yang benar benar ideal dan dapat memenuhi semua syarat tersebut. Yang ada hanyalah memenuhi sebagian syarat diatas, atau hamper memenuhi syarat yang ada. Berhasil atau tidaknya suatu cara tergantung pada

apakah sel mani (sperma) dapat dicegah atau dilumpuhkan/dimatikan supaya tidak memasuki area fertilisasi, atau sel telur tidak dikeluarkan atau tidak dapat bertemu sel mani.

D. Jenis-jenis Kontrasepsi



Gambar 1.1

Jenis-jenis kontrasepsi

Sumber : PKBI Jateng, 2015. Mengenal jenis kontrasepsi

A. Metode Amenore Laktasi

1. Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila:

- a) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif jika pemberian ≥ 8 kali sehari.

- b) Belum haid.
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Affandi, 2012).

2. Cara kerja

Risiko kehamilan tinggi jika ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- 1) Ibu harus menyusui bayinya secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air atau minuman pada upacara adat atau agama)
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pascasalin bisa diabaikan (belum dianggap haid)
- 3) Bayi menghisap payudara secara langsung
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi
- 6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- 7) Menyusui sesering mungkin selama 24 jam termasuk malam hari

8) Hindari jarak antara menyusui lebih dari 4 jam

(Affandi, 2012)



3. Keuntungan

(a) Untuk ibu

Dapat mengurangi resiko perdarahan pasca persalinanan, mengurangi resiko anemia, dapat meningkatkan hubungan psikologi bayi dan ibu, menurunkan resiko kanker ovarium dan kanker payudara serta dapat meningkatkan dan mensejahteraan ibu (Yanti,dkk. 2014).

(b) Untuk bayi

Mendapatkan kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari air susu lainnya atau susu formula (Saifuddin,2013).

4. Keterbatasan

(a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan

(b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial

(c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

(d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS(Affandi, 2012).

5. Yang Dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Affandi, 2012).

6. Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

(a) Sudah mendapat haid setelah bersalin

(b) Tidak menyusui secara eksklusif

(c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

(d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Affandi, 2012)

B. Senggama terputus

Senggama terputus merupakan metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum sehingga kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2012).

a. Manfaat metode senggama terputus

1) Manfaat kontrasepsi

(a) Efektif bila dilakukan secara benar.

(b) Dapat digunakan untuk pendukung metode KB lainnya.

(c) Tidak ada efek samping.

(d) Bisa digunakan setiap waktu.

(e) Tidak membutuhkan biaya.

2) Manfaat non kontrasepsi

(a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.

(b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

(Affandi, 2012).

b. Keterbatasan

Dapat memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

c. Efektivitas

sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).

d. Indikasi

1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.

2) Pasangan yang taat beragama atau memiliki alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode lain.

3) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi dengan segera.

4) Pasangan yang membutuhkan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.

5) Pasangan yang memerlukan metode pendukung.

6) Pasangan yang tidak teratur melakukan hubungan seksual.

e. Kontraindikasi :

- 1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.
- 2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- 3) Istri yang memiliki pasangan yang sulit bekerjasama.
- 4) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- 5) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

(Affandi, 2012)

C. KB Suntik

a) Pengertian

Menurut (Rahayu, Sri. 2017) kontrasepsi suntik adalah suatu cara kontrasepsi melalui penyuntikan hormon, baik hormon estrogen dan progesteron maupun hormon progesteron saja, sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan pada wanita usia subur.

b) Cara kerja

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasian sperma terganggu
- 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh ruba (Affandi, 2011).



c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Risiko terhadap kesehatan kecil
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- 4) Jangka panjang
- 5) Efek samping sangat kecil
- 6) Pasien tidak perlu menyimpan obat suntik
- 7) Pemberian aman, efektif dan relatif mudah (Mulyani, 2013).

d) Keuntungan nonkontrasepsi

- 1) Mengurangi jumlah perdarahan
- 2) Mengurangi nyeri saat haid
- 3) Mencegah anemia
- 4) Mencegah kanker ovarium dan kanker miometrium
- 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- 6) Mencegah kehamilan ektopik
- 7) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause (Mulyani, 2013).

e) Efek samping

- 1) Gangguan haid
- 2) Sakit kepala
- 3) Penambahan berat badan
- 4) Keputihan (leukorea)

- 5) Galaktorea (pengeluaran ASI yang berlebihan)
- 6) Depresi
- 7) Pusing dan mual
- 8) Dalam jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina, penurunan libido dan gangguan emosi (Marmi, 2016).

f) Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
- 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
- 4) Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- 6) Anemia
- 7) Nyeri haid hebat
- 8) Haid teratur
- 9) Riwayat kehamilan ektopik
- 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Mulyani, N.S, 2013).

g) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

- 4) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- 5) Umur > 35 tahun yang merokok
- 6) Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180.110 mmHg)
- 7) Ibu mempunyai riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala ringan atau migrain
- 9) Keganasan pada payudara (Mulyani, 2013).

D. Kondom

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vanili), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang apabila digulung berbentuk rata atau memiliki bentuk seperti puting susu. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, umumnya standar ketebalan kondom adalah 0,02 mm. Tipe kondom terdiri dari :

- a) Kondom biasa.
- b) Kondom berkontur (bergerigi).
- c) Kondom beraroma.
- d) Kondom tidak beraroma (Affandi, 2012).

Mekanisme penggunaan kondom adalah menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita. Dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS) dari pasangan satu ke pasangan yang lainnya. Manfaat penggunaan kondom:

Manfaat kontrasepsi :

- 1) Efektif bila digunakan secara benar.
- 2) Kesehatan klien tidak terganggu.
- 3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- 4) Murah dan bisa dibeli secara umum.
- 5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- 6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya ditunda.

Manfaat nonkontrasepsi :

- a) Memberikan dorongan kepada suami untuk ber KB.
- b) Dapat mencegah penularan IMS.
- c) Saling berinteraksi sesama pasangan (Affandi, 2012)

Keterbatasan :

- 1) Efektivitas tidak terlalu tinggi.

- 2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- 3) Sedikit mengganggu hubungan seksual(mengurangi sentuhan langsung).
- 4) Harus selalu tersedia setiap berhubungan seksual.
- 5) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.

Kondom sesuai untuk pria yang :

- a) Ingin berpartisipasi dalam program KB
- b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi
- c) Ingin kontrasepsi sementara
- d) Ingin kontrasepsi tambahan
- e) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika akan berhubungan
- f) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS).

Kondom tidak sesuai untuk pria yang:

- 1) Memiliki pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan.
- 2) Alergi terhadap bahan dasar kondom.
- 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual

5) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi (Affandi, 2012).

E. Kontrasepsi pil progestin (Mini Pil)

Pil progestin atau mini pil bukan merupakan penghambat ovulasi karena selama memakan pil mini ini kadang-kadang ovulasi masih dapat terjadi (Anwar, 2011).

Menurut Sulistyawati (2012) Jenis pil KB yaitu:

c) Pil kontrasepsi oral tipe kombinasi

Terdiri dari 21-22 pil kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dan progestin dosis kecil, untuk penggunaan satu siklus. Pil kontrasepsi oral pertama mulai diminum pada hari pertama perdarahan haid, selanjutnya setiap pil 1 hari 1 pil selama 21-22 hari. Umumnya setelah 2-3 hari sesudah pil kontrasepsi oral terakhir diminum, akan timbul perdarahan haid, yang sebenarnya merupakan perdarahan putus obat. Penggunaan pada siklus selanjutnya, sama seperti siklus sebelumnya, yaitu pil pertama ditelan pada hari pertama perdarahan haid.

d) Pil kontrasepsi oral tipe sekuensial

Terdiri dari 14-15 pil kontrasepsi oral yang berisi derivat esterogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin. Cara penggunaannya sama dengan tipe kombinasi.

Efektivitasnya sedikit lebih rendah dan lebih sering menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan.



e) Pil kontrasepsi oral tipe pil mini

Hanya berisi derivat progesterin, noretrindon atau norgestrel, dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan tipe kombinasi.

f) Pil kontrasepsi oral tipe pil pascasenggama (*morning after pil*)

Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pascasenggama, selama 5 hari berturut-turut.

A. Pil kontrasepsi oral di pasaran

Umumnya pil kontrasepsi oral dipasaran terdiri dari 28 pil kontrasepsi, biasanya 7 diantaranya berisi plasebo (zat netral). Hal ini dilakukan untuk mendisiplinkan pemakaian pil kontrasepsi oral. Pil kontrasepsi oral selain untuk mencegah kehamilan juga untuk mengatur haid agar teratur. Ada juga pil kontrasepsi oral yang tidak menimbulkan efek samping berat badan naik, tulang krepes. Produk tertentu pil kontrasepsi oral juga menjanjikan kehalusan kulit pada pemakainya.

Keuntungan kontrasepsi minipil:

a) Sangat efektif apabila digunakan secara benar (98,5%).

Pada penggunaan minipil jangan sampai ada pil yang terlupa atau jangan sampai terjadi gangguan

gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat tinggi

- b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- c) Tidak mempengaruhi ASI.
- d) Kesuburan cepat kembali.
- e) Nyaman dan mudah digunakan.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Dapat dihentikan setiap saat.
- h) Tidak mengandung estrogen.

Keuntungan nonkontrasepsi:

- 1) Dapat mengurangi nyeri dan jumlah darah haid.
- 2) Dapat menurunkan tingkat anemia.
- 3) Dapat mencegah kanker endometrium.
- 4) Dapat melindungi dari penyakitiradang panggul.
- 5) Tidak meningkatkan pembekuan darah.
- 6) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, sakit kepala dan depresi.
- 7) Dapat mengurangi keluhan premenstruasi sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, lekas marah).
- 8) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

Keterbatasan minipil:

- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
- b) Peningkatan atau penurunan berat badan.
- c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan menjadi besar.
- e) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) tetapi resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
- g) Efektivitasnya menjadi lebih rendah bila digunakan secara bersamaan dengan obat tuberkulosis dan epilepsi.
- h) Hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka) tetapi sangat jarang terjadi.

Indikasi:

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- 3) Menginginkan metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- 4) Pascasalin dan tidak menyusui.
- 5) Pasca keguguran.
- 6) Perokok.

- 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110</math> mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

Kontraindikasi:

- a) Hamil atau diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- c) Tidak dapat menerima bila terjadi gangguan haid.
- d) Menggunakan obat tuberkulosis atau obat eilepsi.
- e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- f) Sering lupa menggunakan pil.
- g) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
- h) Memiliki riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

Waktu menggunakan minipil:

- a) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- b) Dapat digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari

atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 2 hari.

- c) Bila klien tidak haid (amenore), minipil bisa digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 2 hari.
- d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascasalin dan tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat.
- e) Bila lebih dari 6 minggu pascasalin dan klien telah mendapatkan haid makan minipil diminum pada hari pertama sampai kelima siklus haid.
- f) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.
- g) Bila sebelumnya klien memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan bila kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar dan klien tidak hamil.
- h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan berikutnya. Tidak diperlukan menggunakan metode kontrasepsi lain.
- i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah non hormonal, minipil dapat diberikan pada hari ke 1-5 siklus haid. Tanpa diperlukan metode kontrasepsi lain.

(Affandi, 2012).

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010).

a. Jenis-jenis AKDR

Jenis AKDR menurut Handayani (2010) dikategorikan menjadi 2 yaitu :

1) AKDR non hormonal

(a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2 yaitu :

(1) Bentuk terbuka (*open device*)

Misalnya: Lippes, Cu T,Cu-7,Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.

(2) Bentuk tertutup (*closed device*)

Misalnya : Ota-Ring, Atigon, Graten Berg Ring.

(b) Menurut tambahan atau metal

(1) Medicated IUD

Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun),

Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300

(daya kerja 3 tahun), Cu T 380 (daya kerja

8 tahun), Cu-7, Nova-T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun).

(2) Un Medicated IUD

Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.

2) AKDR hormonal

(a) Progestasert-T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam. Mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 mcg progesteron per hari. Tabung insersi terbentuk lengkung

Teknik insersi : plunjing (*modified withdrawal*).

(b) LNG-20

Mengandung 46-60 mg levonorgestrel, dengan pelepasan 20 mcg per hari. Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan

IUD lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit.

b) Cara kerja AKDR menurut Affandi (2012):

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke dalam tuba falopii.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama untuk mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan untuk fertilisasi.

4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

c) Keuntungan AKDR:

- 1) Sebagai alat kontrasepsi, efektivitasnya tinggi (0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama).
- 2) AKDR dapat efektif setelah pemasangan.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 6) Dapat meningkatkan kenyamanan hubungan seksual karena tidak perlu takut hamil.

- 7) Tidak ada efek samping hormonal.
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesaat setelah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

d) Kerugian AKDR:

- 1) Tidak dapat mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
- 4) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan untuk pemasangan AKDR.
- 5) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
- 6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).
- 7) Tidak dapat mencegah kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.

8) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini, klien harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

e) Keuntungan setelah pemasangan

- 1) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T-380A dan tidak perlu diganti). Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan atau 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- 2) AKDR dapat efektif segera.
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (Cu-T-380A).
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- 12) IUD sangat efektif, (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti hanya pil. Tipe multiload dapat dipakai sampai 4 tahun Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun, Cu-T 380A dapat untuk 8 tahun. Kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (Saifuddin, 2007).

f) Indikasi:

- 1) Usia reproduktif.
- 2) Keadaan nulipara.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Ibu menyusui yang menginginkan kontrasepsi.
- 5) pascalin dan ingin menyusui bayinya.
- 6) Pasca keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 7) Resiko rendah IMS.
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal.
- 9) Tidak perlu untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.

10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pascasenggama.

11) Perokok. (BKKBN, 2006)

g) Kontraindikasi:

- 1) Sedang hamil atau diduga hamil.
 - 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
 - 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servivitis).
 - 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus sepsitik.
 - 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
 - 6) Menderita TBC pelvik.
 - 7) Menderita kanker alat genital.
 - 8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.
- (BKKBN, 2006).

c. Kontrasepsi Implant

Menurut Pinem (2009), kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang diinsersirkan tepat dibawah kulit, terdiri dari 6 kapsul *silastik*, setiap kapsulnya berisi *levornorgestrel* sebanyak 36 mg dengan panjang 3,4 cm dilakukan pada

bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas, yang bekerja dalam jangka waktu 5 tahun. Pemasangan implant hanya dilakukan petugas klinik atau orang terlatih secara khusus.

a) Macam-macam kb implant

1) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013).

2) *Jadena dan Indolant*

Terdiri dari dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Kumalasari, 2015).

3) *Implanon*

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013).

b) Cara kerja kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010) yaitu :

1) Lendir serviks menjadi kental.

- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Mengurangi transportasi sperma.
- 4) Menekan ovulasi.

c) Keuntungan KB Implant

Menurut Manuaba (2010) keuntungan kb implant

yaitu :

- 1) Dipasang selama 5 tahun
- 2) Kontrol medis ringan
- 3) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- 4) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- 5) Biaya murah

Menurut Maryunani (2016) keuntungan kb implant

yaitu:

- 1) Praktis
- 2) Efektif
- 3) Tidak ada faktor lupa
- 4) Tidak menekan produksi ASI
- 5) Masa pakai jangka panjang 5 tahun

d) Kerugian KB Implant :

- 1) Menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.

- 2) Berat badan bertambah.
 - 3) Menimbulkan akne, ketegangan payudara.
 - 4) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010).
- e) Keterbatasan kontrasepsi implant
- 1) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
 - 2) Tidak mencegah infeksi menular seksual.
 - 3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
 - 4) Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsi.
(BKKBN dan Kemenkes RI No.46, 2012).
- f) Efek samping
- Menurut Saifuddin (2013) efek samping kb implant yaitu :
- 1) Amenorea
 - 2) Perdarahan bercak
 - 3) Ekspulsi
 - 4) Infeksi pada daerah insersi
 - 5) Berat badan naik/turun
- g) Indikasi
- 1) Usia reproduksi

- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- 3) Ibu menyusui
- 4) Pasca keguguran atau abortus
- 5) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap
- 6) Wanita dengan kontraindikasi hormone esterogen
- 7) Sering lupa mengkonsumsi pil

(Kumalasari, 2015)

h) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 5) Miom uterus
- 6) Gangguan toleransi glukosa (Saifuddin, 2013).

d. Kontrasepsi mantap

a) Tubektomi

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin hamil lagi. Diperlukan prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga

perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012).

Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi:

- 1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- 2) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- 3) Efektivitas kontraseptif terkait dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012).

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Keuntungan tubektomi adalah mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium. Resiko tubektomi : walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anestesi.

Penggunaan anastesi lokal sangat efektif mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum (Affandi, 2012).

1) Indikasi:

- (a) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.
- (b) Ibu pascasalin.
- (c) Ibu yang sedang menyusui.
- (d) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu.
- (e) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.
- (f) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid.

(Affandi, 2012)

2) Profil tubektomi:

- (a) Sangat efektif dan permanen
- (b) Tindakan pembedahan aman dan sederhana.
- (c) Tidak memiliki efek samping.
- (d) Konseling dan *informed consent* (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.

(Affandi, 2012)

3) Manfaat tubektomi

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
 - (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding*)
 - (c) Tidak bergantung pada faktor senggama.
 - (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.
 - (e) Pembedahan sederhana, bisa dilakukan dengan anastesi local.
 - (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
 - (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium).
- (Affandi, 2012)

4) Keterbatasan tubektomi:

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- (d) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.

- (e) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi atau spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- (f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS.

(Affandi, 2012)

5) Indikasi

- (a) Usia > 26 tahun.
- (b) Paritas > 2.
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (e) Pascakeguguran.
- (f) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi, 2012).

6) Kontraindikasi

- (a) Hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.

(e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan.

(f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

(Affandi, 2012)



7) Waktu pemasangan

(a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.

(b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).

(c) Pascapersalinan,

(1) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.

(2) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.

(d) Pasca keguguran,

(1) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoskopi).

(2) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja) (Affandi, 2012)

b) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan

pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012).

1) Efektivitas Vasektomi

(a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(c) Setelah 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.

(d) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:

(1) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.

(2) Oklusi vas deferens tidak tepat.

(3) Rekanalisasi spontan (Affandi, 2012).

6) Manfaat

- (a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.
- (b) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2012).

7) Keterbarasan Vasektomi

- (a) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Bila tidak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (d) Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (e) Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pascabedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS) (Affandi, 2012).

8) Efek Samping

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan pada klien (Affandi, 2012).

9) Indikasi

- (a) Usia reproduksi (biasanya < 50)
- (b) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- (c) Yang istrinya memiliki masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya.
- (d) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut.
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan (Affandi, 2012).

10) Profil vasektomi

- (a) Sangat efektif.
- (b) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- (c) Tindak bedah yang aman dan sederhana.
- (d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan (Affandi, 2012)

11) Komplikasi vasektomi:

(a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur bisa berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain yang berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.

(b) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididimitis, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang bisa mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi, 2012).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

1. Pengkajian

A. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam,2008)

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

- a) Nama: Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).
- b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010).
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan

keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010).

d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidang untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010).

e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007).

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011).

g) Alamat: selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Marmi, 2011)

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

rasa mual-muntah, pusing/sakit kepala, kelelahan, insomnia/susah tidur, sering buang air kecil, konstipasi/sembelit, gatal-gatal, nyeri ulu hati, nyeri sendi,

nafas sesak, bengkak pada tangan dan kaki, dan kram kaki (Hidayat, 2008).

3. Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010)

4. Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal
- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.
- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Sindrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstrual

(Hani, 2011).

5. Riwayat Obstetri

- a) Gravida/Para
- b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)
- c) Kehamilan yang lalu
 - 1) Tanggal persalinan
 - 2) Usia gestasi
 - 3) Tempat lahir
 - 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
 - 5) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Hani,2011).



6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik (Rukiyah, 2009).

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014):

- a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.
- b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.
- c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008). *Quickening* atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati, 2010).
- d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro, 2007).

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro, 2007).

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008).

7. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani, 2011:90). Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi estimated date of delivery (EDD) dan penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014)

8. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal
- g) Penyakit jiwa
- h) Kelainan bawaan
- i) Kehamilan ganda
- j) TB (Tuberkulosis)
- k) Epilepsi
- l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)
- m) Alergi
- n) Kelainan genetic
- o) Riwayat keturunan kembar

(Hani, 2011)

9. Pola Fungsi Kesehatan

- a) Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan

(menu seimbang). Menurut Saiffudin (2011) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi

kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.9

Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkuk dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltic usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil (Rukiyah, 2009).

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuloskeleta: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009).

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010). Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan

dengan perdarahan dan kehamilan dengan bekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua). Selain itu, ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba, 2010).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009).

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri (Farrer, 2010).

f) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saifuddin, 2009).

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO₂ meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka

panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011).

3) Obat Terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011).

10. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara

fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

- 2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014:163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik,

lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2012).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi > 100x/menit (Marmi, 2011).

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 °C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5 °C perlu waspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011).

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014).

(b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi

kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2012).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan dan distosia bahu (Freser et al 2009).

Menurut Saifuddin (2010:80), rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.11 sebagai berikut:

Tabel 2.10
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 - 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 - 20,5

Sumber : (Saifuddin. 2010)

(c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm.

Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah *Kurang Energi Kronis* (KEK) (Jannah, 2012).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

b) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

c) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia
- 2) Kesimetrisan gerak napas
- 3) Frekuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 4) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *splitting*, gesekan, *thrill*)

- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

(Romauli, 2011)

d) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, *striae*, *linea*, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistiyawati, 2010).

- 1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Romauli, 2011).

- 2) Ukuran janin

- 3) Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) $-n \times 155 =$ TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka $n=12$. Bila kepala di atas *ischiadica* maka $n=11$ (Varney, 2011).



Tabel 2.11

Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2014

Tabel 2.12

Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010

4) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012) cara untuk

menentukan tuanya kehamilan antara lain:

- (a) Dihitung dari hari peertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan,

kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

(b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (*quickening*).

(c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.

(d) Menurut Manuaba (2010) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.13

Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010

(e) Menurut Manuaba (2010), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu:

(1) mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu;

(2) memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36;

(3) mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin;

(4) mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

5) Pemeriksaan Khusus (Letak dan Presentasi)

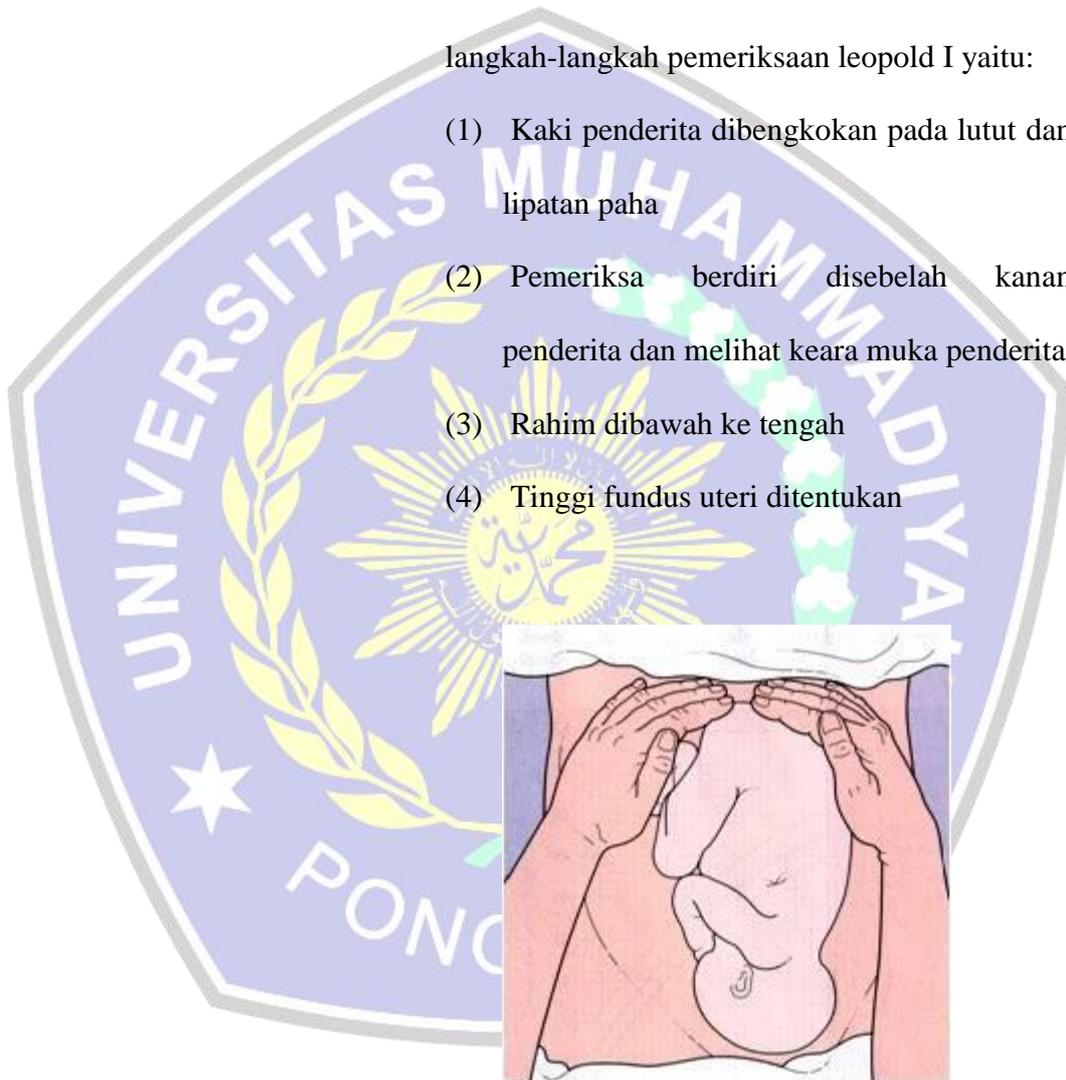
Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

(a) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada

fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010). Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat keara muka penderita
- (3) Rahim dibawah ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan



Gambar 1.2

Leopold I

Sumber: www.google.co.id (diakses 15 oktober 2019)

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.14

TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Jannah, 2017

(b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010).

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah leopold II yaitu:

(1) Kedua tangan pindah ke samping

- (2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012)



Gambar 1.3

Leopold II

Sumber: www.google.co.id

Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2011), langkah-langkah memeriksakan leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan



Gambar 1.4

Leopold III

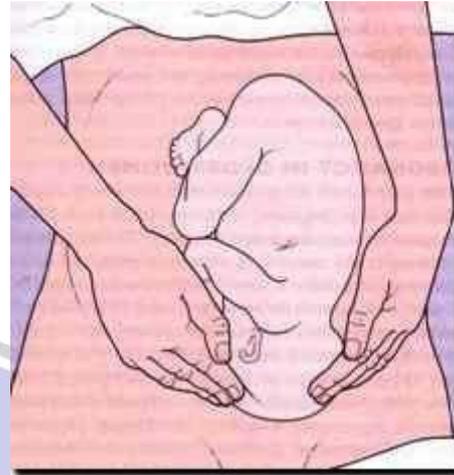
Sumber: www.google.co.id

Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010).

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah menentukan leopld IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gambar 1.5

Leopold IV

Sumber: www.google.co.id Perlimaan

Tabel 2.15

Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H _{I-II}	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H _{II-III}	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H _{III} ⁺	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H _{III-IV}	Kepala di dasar panggul
0/5	H _{IV}	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014.

(c) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif.

Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari

dua jari maka hasil tes osborn adalah positif.

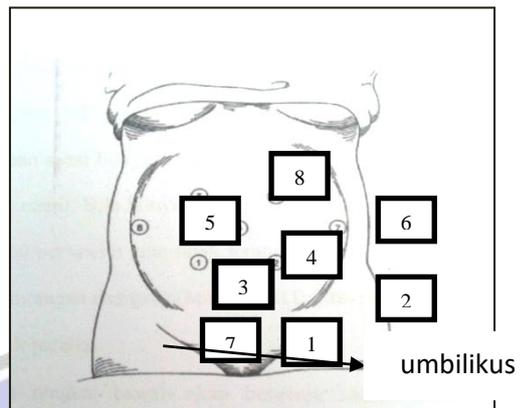
Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase) Winkjosastro, 2007).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk

lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif (Winkjosastro, 2007).

(d) Pemeriksaan Denyut Jantung

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011).



Gambar 1.6

Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26

Gestasi

Sumber: Wheeler, 2010

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

e) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran

uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Gegor, 2007).

f) Genitalia

Pemeriksaan alat genitalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*).

Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini. (Manuaba 2012).

g) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif

kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemriksaan Darah

1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Rfaser, 2009).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) , kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++)
(Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Fehling*
(Romauli, 2011).

d) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini. Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara

efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- 1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- 2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- 3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.

4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba, 2009).

e) Pemeriksaan Panggul Luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008).

2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra.

Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008).

3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008).

4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008).

f) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli (2011), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI=*Groun Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

g) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014).

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat.

Diagnosa : $G_{1/}>1P_{APIAH}$ usia kehamilan 20-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007).

D. Perencanaan

Diagnosa Kebidanan: G₁>1P_{APIAH} usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan .

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:
 - Tekanan darah :100/70 mmHg
 - Nadi :76-88x/menit
 - Suhu :36,5-37,5⁰C
 - Respirasi Rate :16-24x/menit
4. Pemeriksaan Laboratorium
 - Hb \geq 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
5. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
6. TFU sesuai dengan usia kehamilan
7. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Varney (2007) yaitu:

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

2. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

3. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan hygien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi:Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehata dengan segera.

R/ Mengindentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kehamilan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128)

6. Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7. Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Potensi masalah:

1. Masalah I: Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Vrnev (2007)

- a) Jelaskan penyebab edema

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

- b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak di tinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena dalam panggul

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul

- d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas

- e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

2. Masalah 2: Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria :

- a) Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari
- b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010)

- a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

R/ Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- b) Anjurkan ibu untuk mrnghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, the,*softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3. Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (2009)

- a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

- b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan fese tidak terlalu padat, keras

- c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/pnas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur.

R/ Mengidentifikasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

a. BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak

b. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney (2007)

a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses

b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat melancarkan peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk pencernaan.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memivu terjadinya hemoroid.

- e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi

- f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5. Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologi (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Romauli (2007)

- a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

- b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

- c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan *massage*.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurai penekanan yang lama pada kaki sehingga sirkulasi darah lancar.

e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa re;aksasi sehingga kram berkurang.

f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6. Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan :Ibu mampu beradaptasi dengan ketidaknyamanan dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria :

a) Frekuensi pernapasan 14-24x/menit

b) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Salehah (2009)

a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penerkanan diafragma

c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria :

a) Pusing berkurang

b) Kesadaran *composmentis*

c) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008)

a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8. Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008)

- a) Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

- b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebrata lumbosakral dengan pengencangan otot-otot punggung.

- c) Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi tekanan uterus pada ligamentum rotundum.

d) Gunakan sepatu tumit rendah

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

9. Masalah 9 :Varices

Tujuan :Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

Intervensi menurut Varney (2007)

a) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan risiko terjadinya varises.

b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

R/ Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

10. Masalah 10 : Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

a) Tidak kembung

b) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012)

a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya nyeri dan panas ulu hati sehingga tidak cemas lagi

b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbung merangsang dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meingkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan jalin dalam rahim

e) Hindari berbaring setelah makan

R/ Bila setelah makan langsung berbarig maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan mual.

f) Hindari minum selain air putih

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

g) Tidur dengan kaki ditegakan

R/ Memperlancar aliran darah *uteroplasenter*. sehingga janin tidak mengalami *fetal distress*.

h) Beikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

11. Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria :

- a) Ibu tampak tenang dan rileks
- b) Ibu tampak tersenyum
- c) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Romauli (2007)

- a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

- b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

- c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

12. Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria :

- a) Ibu tampak tenang dan rileks
- b) Ibu tampak tersenyum
- c) Suami dan keluarga memberi semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2008)

- a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

- b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

- c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membanca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

- d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *expansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower*

memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

- e) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/*vertigo* mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- g) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

- h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

- i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

- j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang
R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

- k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

- l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

E. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2008).

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

a) Pengkajian

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama : Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011).

b) Umur : Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008).

c) Agama : Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011).

d) Pendidikan : Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009).

- e) Pekerjaan : Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati, 2009).
- f) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Silistyawati, 2011).
- g) Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesehatannya (Sulistyawati, 2011).

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti: pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lender dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010).

3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Verney, 2007). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a. Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubemia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009).

b. Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti

retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum primer dan atonia uteri (Manuaba, 2010).

c. Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009).

d. Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat

mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010).

e. Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih besar (Sarwono, 2009).

f. Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009).

g. Epilepsi

Pada umumnya epilepsy tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010).

h. Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria.

Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau kese;uruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009).

i. HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009).

j. Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya erjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009).

4. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan

berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011). Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009).

5. Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terahir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani,2014).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014):

1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang di pakai adalah +7, bulan -3, tahun +1.

4. Riwayat kehamilan

a. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : Untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010).

Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatann yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2007).

5. Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser *et al*,2009). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidakseimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk,2009).

6. Persalinan yang lalu

a) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney *et al*,2008).

b) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastiakn keadekuatan panggul wanita untuk ukuran

bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney *et al*, 2008).

c) Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney *et al*, 2008).

d) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney *et al*, 2008).

7. Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010).

8. Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena

jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjastro, 2010).

9. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014).

10. Data fungsional kesehatan

a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspiriasi isi lambung (Fraser *et al*, 2009).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki

sirkulasi darah (Yeyeh, 2009). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- a) Kapan terakhir tidur
- b) Berapa lama
- c) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011).

- e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

- a) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
- b) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas

tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya
(Fraser et al, 2009).



f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

g) Riwayat ketergantungan

1. Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011).

2. Alcohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alcohol jann dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alcohol dan

mengingatnkan wanita efek potensial alcohol jangka panjang pada bayi yang di akndungnya (Marmi, 2011).

3. Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011).

13. Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

2. Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

- a) Baik : Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan
- b) Lemah : Pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

3. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan

lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati, 2011).

b) Tanda-tanda vital

1. Tekanan darah (TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, 2007). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

2. Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi

miring, bukan terlentang (Varney, 2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi,2011).

3. Suhu

Suhu tubuh ynsg normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu di waspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

4. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2007:687). Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser *et al*, 2009). Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011).

5. Pemeriksaan Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetik. Tinggi badan haru di ukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi

badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011).

b) Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011).

c) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kualitas maknannya (Romauli, 2011).

15. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

b. Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney *et al*, 2007). Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007).

c. Hidung

Normal tidak ada seret yang dan tidak pernapasan cuping hidung, bentuk simetris (Romauli, 2011).

d. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011).

e. Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (verney *et al*, 2008).

f. Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

g. Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskulisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

h. Dada/payudara

- a) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.

- b) Kesimetrisan gerak napas.
 - c) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen).
 - d) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain).
 - e) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *splitting*, gesekan, *thrill*).
 - f) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara(seimbang atay tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)
- (Romauli, 2011).

i. Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Verney *et al*, 2007).

j. Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih

(Ari Sulistyawati, 2010).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

a) Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).

b) Memantau kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (Verney *et al*, 2007).

c) Memantau denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Saifuddin, 2010).

d) Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

e) Menentukan penurunan bagian terbawa janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaanan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

- a) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).
- e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (APN, 2008).



a. Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012:184). Vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011:131).

b. Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Ari sulistyawati, 2010:78). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, 2007).

c. Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Oedema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Oedema pada kaki biasanya merupakan oedema

dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney *et al*, 2007).

i. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser *et al*, 2009).

Cara menghitung TFU:

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.20 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Menurut (Jannah, 2012) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots\dots\dots \text{ gram}$$

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

d) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghiung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

(11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah,2009).

e) Pemeriksaan dalam

Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progresif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney *et al*, 2007).

Pemeriksaan dalam di lakukan atas indikasi:

- a) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- b) Apabila kita mengharapkan pembukaa lengkap
- c) Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut pelatihan klinin APN 2008 yang perlu di lakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- a) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.
- b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:
- Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warna mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf.
 - Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk.
 - Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.

e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

f) Bidang Hodge

a.Hodge 1: dibentuk pada linkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium.

b.Hodge II: sejajar dengan hodge 1 setinggi piggir bawah simpisis

c.Hodge III: sejajar dengan hodge 1 dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri

d. Hodge IV: sejajar dengan hodge I, II, dan III setinggi os coccyges. (Sari, 2014:47)

f) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan)

memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm.

Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010).

g) Pemiksaan Penujang

a. Haemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	:Tidak anemia
Hb 9-10 g%	:Anemia ringan
Hb 7-8 g%	:Anemia sedang
Hb < 7 g%	:Anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010).

b. Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser,dkk. 2009).

c. Urine

Menurut Fraser,dkk (2009) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalitas*. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

- 1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- 2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- 3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

d. Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011)

e. Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

j. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. dengan kriteria:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G \geq 1P0 \geq UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik.

Inpartu:

- a) Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007).
- b) Kala II dengan kemungkinan masalah:
- a) Keletihan (Varney, dkk, 2007)
 - b) Infeksi (Saifuddin, 2010)
 - c) Kram tungkai (Varney, dkk, 2007)
- c) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan.
- d) $P_{\geq 1}$ Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sukistyawati, 2011).
- e) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008):
1. Atonia Uteri
 2. Robekan vagina, perineum, serviks
 3. Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.
- k. Perencanaan
- a) Diagnosa : $G_{\geq 1}P_0$ > UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

KU baik, kesadaran *composentis*

TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37 C

N : 80-100 / menit

R : 16-24/ menit

His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.

Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.

Plasenta lahir spontan, lengkap.

Perdarahan <500 cc

Intervensi:

- i. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan

agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

- ii. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

R/ Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

- iii. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat

uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu

kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- iv. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

- v. Observasi keadaan ibu dan janin

- 1) DJJ setiap ½ jam.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.
- 3) Nadi setiap ½ jam.
- 4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi
- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- 6) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

- vi. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

- vii. Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinaan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro, 2008).

2. Masalah

Kala I :

- a) Cemas menghadapi proses persalinaan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persaliann

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:248)

- 1) Jelaskan fisiologi persalinaan pada ibu.

R/ Proses persalinaan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

- 2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinaan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- 3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/ ibu paham untuk diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Ibu merasa terhadap persalinan.

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu tidak merasa cemas
- 3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

1. Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

2. Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menenangkan dan menenangkan ibu.

3. Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksi.

c) Kala I lama

penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I lama yaitu:

- 1) Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- 2) Tentukan keadaan janin: Periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
- 3) Jika terdapat gawat janin lakukan sectio caesarea kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps.
- 4) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.
- 5) Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin.
- 6) Perbaiki keadaan umum dengan:
 - a) Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
 - b) Pemberian intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.

c) Pemberian sedatif agar ibu dapat istirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (tramadol atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus digunakan dengan dosis dan waktu tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.

d) Pemberian therapy misoprostol 0,4 mg sesuai dengan advis dokter, obat ini digunakan untuk memberikan perubahan pembukaan.

e) Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.

7) Apabila kontraksi tidak adekuat

a) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.

b) Rehidrasi melalui infus atau minum.

c) Merangsang puting susu.

d) Acupressure.

e) Mandi selama persalinan fase aktif.

f) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf.

8) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.

a) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio secarea.

b) Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.

c) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (Cephalopelvicdisproportion) atau

(1) Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.

(2) Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.

d) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl.

(Saifuddin ,2009).

Kala II

1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 80-100x/menit
- 2) Urin jernih, produksi urine 300cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

2) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL atau infus NS 125cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan cepat di serap oleh tubuh.

3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5⁰C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/ airan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Baringkan miring ke kiri
R/ tidur miring memepercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.
- 2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125cc/jam.
R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.
- 3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral
R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.
- 4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

3) Kram tungkai (Varney, 2007)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah

b) Atur posisi dorsofleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) JANGAN lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh di pijit karena risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4) Kala II memanjang

Rencana asuhan komprehensif pada ibu bersalin dengan kala II lama yaitu:

- (1) Nilai secara cepat keadaan umum, vital sign serta tingkat hidrasinya (Liu, 2008).

(2) Tentukan keadaan janin dengan pemeriksaan DJJ selama atau segera sesudah his dan hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit (Rukiyah, 2009).

(3) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih agar tidak mengganggu jalan lahir. (Sondakh, 2013).

(4) Apabila kontraksi tidak adekuat dan tercium bau keton, anjurkan pasien untuk mobilisasi dan minum minuman yang manis, namun apabila tidak bisa, upaya stabilisasi dengan memberikan infus dekstrosa atau NaCl. (Sulistyawati, 2010).

(5) Berkolaborasi dengan dr. Sp. OG (Simkin, 2008).

(6) Jika terjadi gawat janin lakukan sectio cesarea, jika syarat terpenuhi lakukan ekstrasi vakum atau forceps. (Simkin, 2008).

(7) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl dengan syarat induksi pada kasus kala II Lama adalah :

a. Janin mendekati aterm.

- b. Tidak terdapat kesempitan panggul atau sefalopelvik disproportion.
- c. Memungkinkan untuk lahir pervaginam.
- d. Janin dalam presentasi belakang kepala.
- e. Kepala janin harus sudah masuk panggul.

(Oxorn, 2010)

(8) Lakukan Episiotomi jika terdapat gawat janin. Syarat melakukan episiotomi adalah janin mendekati aterm, tidak terdapat kesempitan panggul atau sefalopelvik disproportion, memungkinkan untuk lahir pervaginam, janin dalam presentasi belakang kepala, dan kepala janin harus sudah masuk panggul (Cunningham, 2013).

(9) Beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan (Sulistyawati, 2010).

(10) Motivasi keluarga untuk pemberian nutrisi termasuk rehidrasi (Sinclair, 2009).

(11) Berikan dukungan bagi Ibu dan keluarga (Sondakh, 2013).

Kala III

a) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
- 2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
- 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
- 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan
- 5) Tawarkan bantuan walaau ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

Kala IV

- a) Atonia uteri (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

- 1) segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- 2) jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-

1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin

3) jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah

5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

2) Perdarahan < 500cc

Intervensi:

1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul

- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS

(b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

(d) Dampingi ibu ketempat rujukan

6. Implementasi

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien dalam bentuk upaya, promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sehingga sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual- kultural
2. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (*inform consent*)
3. Melakdanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidenbaced*.

4. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privasi klien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Mennggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah di lakukan.

(Kepmenkes RI, 2007)

7. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahanperkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : data Subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a. Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

b) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional

sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010).

e) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010).

f) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010). data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007).

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010).

h) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012).

b. Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

a) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam

menyusu. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c. Riwayat kesehatan

- a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi.

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012):

- 1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.
- 2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.
- 3) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013).

e. Riwayat kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009)

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun.

Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin,

rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012).

f. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009).

b) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney *et al*, 2007). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010).

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan

sesudah membersihkan daerah kelinanya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010).

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009).

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari

sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009).

(b) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Angraini (2010), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

(a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.

(b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.

(c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

(a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.

(c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

(a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

(c) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.

f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

(Saifuddin, 2014)

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 2012).

2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney *et al*, 2007).

(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini.

Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney *et al*, 2007).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney *et al*, 2007).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

2) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli,2011). Edema pada muka

atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 2011).

4) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Gusi cenderung berdarah akibat hyperemia pada pertengahan kehamilan (Varney, 2007).

5) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan

tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

6) Dada/Payudara

1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.

2) Kesimetrisan gerak napas.

3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen).

4) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)

7) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *splitting*, gesekan, *thrill*)

8) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atay tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

(Romauli, 2011)

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses,

produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009).

9) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009). Menurut Varney *et al* (2007), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih,

karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

- c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

- d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

10) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney *et al*, 2007). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009).

11) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Gegor, 2007). Derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1: benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2: benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3: benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4: benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010).

12) Ekstremitas

Phlegmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih,

terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010).

(a) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010).

(b) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

- a. Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- b. Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk

menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa Kebidanan:

P₁/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009). P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney *et al*, 2001).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga

3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Diagnosa: P₁>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012) adalah sebagai berikut:

1. Keadaan Umum: kesadaran composmentis.
2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
3. Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C

R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

4. Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai sterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan.
- (Sulistyawati,2009)

5. Involusi uterus normal

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2008).

Tabel 2.16
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati dkk, 2010)

6. Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

Intervensi menurut Suherni (2009):

1. Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009).

2. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

3. Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012).

4. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012).

5. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Masalah 1: Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancer

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

2. Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

3. Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

1. Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

2. Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

3. Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

Masalah 3: *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009) antara lain:

1. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

2. Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

3. Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

Masalah 4: pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010) antara lain:

1. Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2. Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

3. Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4. Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

5. Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6. Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

7. Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

8. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

R/ dapat melancarkan keluarnya ASI

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2008).

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (moniliasis/sariawan), *diaper rush* (Marmi, 2012).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Wals, 2012).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012). Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir .perilaku mengkhawatirkan bayi meliputi letargi , aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada , dan tangisan yang abnormal. (Varney,2008)

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Table 2.17
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifudin, 2009)

2) Eliminasi

(a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih

, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih

bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012).

3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011).

Tabel 2.18
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011)

4) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari,

tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007).

5) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007).

g) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011).

2. Data obyektif

a) Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosastro, 2005). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006).

b) Tanda- tanda Vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014).

2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36.5 °C (Varney, 2007).

3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan eskpirasi (Saifuddin, 2009). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007).

4) APGAR SCORE

Menurut Novita (2011) nilai APGAR pada umumnya dilaksanakan pada 1 menit dan 5 menit sesudah bayi lahir. Akan tetapi, penilaian bayi harus segera dimulai sesudah bayi lahir. Apabila memerlukan intervensi berdasarkan penilaian

pernafasan, denyut jantung atau warna bayi, maka penilaian ini harus segera dilakukan. Nilai APGAR dapat menolong dalam upaya penilaian keadaan bayi dan penilaian efektivitas upaya resusitasi. Apabila nilai APGAR kurang dari 7 maka penilaian tambahan masih diperlukan yaitu 5 menit sampai 20 menit atau sampai dua kali penilaian menunjukkan nilai 8 atau lebih. Penilaian untuk melakukan resusitasi semata-mata ditentukan oleh tiga tanda penting yaitu pernafasan, denyut jantung, dan warna.

Resusitasi yang efektif bertujuan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen, dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung dan alat vital lainnya

(Novita, 2011)

c) Antropometri

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008: 368). Menurut Varney (2007: 921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, badan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang bayi rata-rata 50 cm, dengan kisaran normal 48-52 cm. pertambahan panjang yaitu 2 cm per bulan pada 6 bulan pertama (Ladewig, 2009).

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi menurut Wirakusumah (2011) antara lain:

a) Sirkumferensia suboccipito bregmatika berukuran

32 cm

b) Sirkumferensia fronto oksipitalis berukuran 34 cm

c) Sirkumferensia mento-oksipitalis berukuran 35 cm

d) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan subaponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014).

Table 2.19
Perbedaan caput succedaneum dan cepalhematoma

Caput succedaneum	Cepalhematoma
Muncul waktu lahir dan mengecil setelah lahir	Muncul atau ada pada waktu lahir atau sesudah lahir dan dapat membesar setelah lahir
Lunak dan tidak berfluktuasi	Lunak dan tidak berfluktuasi
Melewati batas sutura dan teraba moulase	Batas tidak melampaui sutura
Bias hilang dalam beberapa jam atau 2-5 hari	Hilang lama (beberapa minggu atau bulan)
Berisi cairan getah bening	Berisi darah

Sumber: (Vivian, 2010)

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom pierre robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, parsi dan fasialis (Marmi, 2014).

3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti pendarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat

mejadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014).

5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007).

6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007).

7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007: 302). Leher bayi biasanya pendek dan

diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014).

8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis doaphragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007).

10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014).

11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007).

12) Genetalia

(a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia

mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014).

(b) Laki-laki

Pada bayi laki laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014).

13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014).

14) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada

ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008).

15) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak berak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009).



e) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008). Reflek yang dikaji antara lain:

1) Refleksi melangkah (*Stepping*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014).

2) Refleksi menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014).

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam

gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui.

5) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014).

7) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak

kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014).

9) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014).

10) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2014).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

1. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014).

C. Intervensi

Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB(48-52 cm)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

Kriteria :

1. Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2006).
2. Nadi 120-160x/menit
3. Suhu bayi 36,5-37,°C
4. Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
5. Berat badan 2500-4000 gram

Intervensi :

1. Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

3. Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan

4. Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi

5. Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

6. Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

7. Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

8. Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK

R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

9. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

1. Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014).
2. Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009: 97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012)

1. Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit
R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal setres dingin
2. Kaji tanda tanda hipotermi
R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian
3. Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih

rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl
2. Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

1. Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor risiko
R/ Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi
2. Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.
R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila

terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 20-4 jam hingga stabil

3. Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

4. Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi

5. Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl
2. Timbl pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir
3. Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi :

1. Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodima, atau obat

obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

2. Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselopati bilirubin (kerniterus).

3. Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

4. Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

1. Cuaca dingin
2. Jarang mencuci rambut
3. Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012):

1. Menyelimuti bayi dan memakaikan baju

R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat

2. Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa

R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu

3. Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %

R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko—sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/ pasien
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Dengan cara :

1. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan dalam memberian asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

S adalah data Subjektif, mencatat hasil pemeriksaan

O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah Analisa, mencatat hasil diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera komperhensif. Penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.



2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan

Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011)

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012)

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

6) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007)

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascalin menurut Affandi (2012) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

c) Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker

payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math> dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011).
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang

ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012)

d) Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca salin insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6

minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontraindikasi KB IUD (Affandi, 2012).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

b. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

3) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

5) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan kedaan trombo-embolik (Hartanto, 2013). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012).

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda- tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012)

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut

menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

2) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

3) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012).

4) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012). Terdapat benjolan/kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant(Affandi, 2012).

5) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

6) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012).

7) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

Untuk penggunaan kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga harus dilakukan

pemeriksaan inspekulo serta bimanual untuk penapisan. Diantaranya adalah sebagai berikut menurut (Siswishanto 2013) :

1) pemeriksaan inspekulo

pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada lesi atau keputihan pada vagina atau tidak. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan pada ibu.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan ini dilakukan diantaranya adalah untuk:

- a) Memastikan gerakan serviks bebas
- b) Memastikan besarnya uterus serta posisi uterus
- c) Memastikan jika tidak ada tanda-tanda kehamilan
- d) Memastikan jika ibu tidak mengalami infeksi atau tumor pada adneksa.

G. Diagnosa kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala,

amenorhea, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010).

H. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ menyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

Masalah I: *Amenorhea*

Tujuan: setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria: ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien

2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

3. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mmapu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria: keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/ *spotting*.

2. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

Masalah 4 : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria: perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/ tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah adanya berupa perdarahan yang banyak.

2. Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

3. Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

I. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif,

efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/ pasien
- 5) Menjaga privacy klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melaksanakan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

J. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/ Menkes/ SK/VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan,

sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

K. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S: data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O: data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P: penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

